

6642  
1992  
8j. 2

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OPS/OMS) EN EL SALVADOR  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD (CIES-UNAN)

"LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD: COMPONENTE PARTICIPACION SOCIAL EN  
SALUD EN EL SALVADOR, JULIO 1992".

Tesis de Grado para optar al Título de  
Maestro en Salud Pública.

Autora : Dra. Margarita María González de Julián

Tutor : Dr. Julio Piura L.\*

Asesora: Dra. Susanne De Blois.\*\*

Managua, Septiembre de 1992.

\* Ms. en Salud Pública, Profesor del CIES-UNAN.

\*\*Ms. en Salud Comunitaria de la Universidad de Montreal, Asesora

del CIES-



5/10/92.

*Phua Lela Pastora S.*  
*[Signature]*  
TUTOR.

## **DEDICATORIAS**

A mi esposo Rolando y a mis dos hijos Rolando y Federico, por el amor infinito que les tengo.

A mi cuñada Evelyn; su esposo Mauricio y Mamá Nena por su apoyo moral y material permanente para la realización de este trabajo.

A la Dra. María Isabel Rodríguez de Sutter, que me ayudó para realizar los estudios de la Maestría.

## **AGRADECIMIENTOS**

A las comunidades de: "Ciudad Segundo Montes", "Ciudad Romero", "Ciudad Nueva Esperanza", Municipio de La Reina y Asentamiento del END integrante del FMLN, que proporcionaron la información fundamental para el presente estudio.

Al Dr. Julio Piura L. Tutor de la presente investigación y a la Dra. Susanne De Blois, Asesora de la misma, por sus valiosos aportes y constante motivación para la elaboración de este trabajo.

Al Dr. Gilberto Ayala por su valioso apoyo material y moral que sin los cuales no hubiera sido posible superar muchas dificultades.

Al Dr. Ernesto A. Selva Sutter y al Dr. Francisco André Goens, por su valiosa asesoría técnica.

A la Lic. Ivonne Falcón y al Dr. Vicente Amado Gavidia h., quienes facilitaron el apoyo de PRODERE/QPS en la Región Oriental.

A QPS/QMS en Nicaragua y en El Salvador que brindaron su apoyo al desarrollo para la realización de la Maestría y la Tesis de Grado.

A las Autoridades del MSPAS por su valiosa colaboración al presente trabajo.

A mis compañeros de curso, en particular a Mayra, por sus motivaciones para continuar.

A todo el personal del CIES, eterno agradecimiento.

Y a todas las personas y amigos que de una manera u otra contribuyeron al presente estudio.

## PRESANTACION

El presente estudio corresponde a una primera aproximación al análisis del proceso de implementación del componente de Participación Social en Salud en El Salvador. La metodología empleada permite una importante experiencia para la posible utilización en otras comunidades del país.

Es importante destacar que la mayor parte del trabajo corresponde a información primaria de carácter cualitativo a partir de informantes claves los cuales participaron en su mayor parte en el análisis posterior de los resultados preliminares del estudio.

El estudio se enmarca en un momento en que se están haciendo esfuerzos en El Salvador para la implementación de los Sistemas Locales de Salud, por lo que los resultados son oportunos para su discusión con las instancias involucradas en el proceso de implementación de los mismos.

Esto permitirá a su vez identificar necesidades de investigaciones operacionales sobre aspectos relevantes de la participación social así como factores facilitadores o restrictivos que afectan su implementación en sus diferentes niveles.

El trabajo contribuye a la posibilidad de realizar estudios comparativos entre países centroamericanos, para el intercambio de experiencias y búsqueda conjunta de estrategias adecuadas a las características propias de la Sub-región.

Dr. Julio Piura L.  
Tutor.



## CONTENIDO

- I. Introducción
- II. Planteamiento del problema
- III. Antecedentes y Justificación
- IV. Objetivos
- V. Marco de Referencia
- VI. Diseño Metodológico
- VII. Resultados y Análisis
- VIII. Conclusiones
- IX. Recomendaciones
- X. Bibliografía
- XI. Anexos

## I. INTRODUCCION

En el marco de los compromisos internacionales contraídos por El Salvador, en cuanto a la Transformación del Sistema Nacional de Salud a través de la implantación de los Sistema Locales de Salud (SILOS), se ha venido desarrollando la Programación Local (PL) la cual fue concebida y diseñada como garante inicial de dicha transformación y con énfasis administrativo.

Esta última se encuentra reunida en seis componentes básicos que determinan el desarrollo de los SILOS, ellos son: el modelo de atención a la salud; el modelo de gerencia de los servicios; los sistemas de información de salud; la integración de los programas especializados; la participación social(PS); y la formación y capacitación de los recursos humanos.

Actualmente la Red de Servicios del Sistema Nacional de Salud de El Salvador está formada por: Dispensarios de Salud, Puestos Comunitarios, Puestos de Salud, Unidades de Salud, Centros de Salud y Hospitales tanto Regionales, Departamentales y Nacionales; institucionalmente se les llama establecimientos de salud.

Ante la importancia que tiene la implementación de los SILOS, los cuales representan la nueva organización estructural y administrativa del Sistema de Salud en un determinado espacio/población; el análisis permanente de cada uno de sus componentes, dará aportes operacionales que contribuirán al desarrollo y fortalecimiento permanente de los mismos.

Desafortunadamente, se están implementando sin la necesaria sistematización central que facilite la instalación simultánea de ellos a nivel nacional. Y en cumplimiento de los compromisos internacionales adquiridos.

Hasta este momento, no se han realizado análisis que permitan el conocimiento sistematizado de las diferentes experiencias de participación social en salud desarrolladas en El Salvador.

El presente trabajo, únicamente pretende ser una aproximación a manera exploratoria de los insumos que facilitan o restringen, el desarrollo de la participación social en salud y que oriente

a futuros estudios, para la profundización en los problemas encontrados.

El presente estudio, pretende contribuir al análisis del proceso de participación social en salud, que los diferentes actores sociales, desarrollaron durante la implementación de la Programación Local. A su vez no es concluyente, en cuanto así hay o no SILOS en El Salvador; ni en cuanto en dónde es mejor o peor la participación social en salud.

Sin embargo es importante tomar en cuenta que a nivel oficial, la participación social en salud, responde a una necesidad institucional, mientras que a nivel de la comunidad, es una necesidad histórica de sobrevivencia.

Esto requiere del análisis de diferentes modalidades que puedan facilitar la participación social en salud, tanto a nivel intrainstitucional, el cual genera democratización y descentralización; como intersectorial, que genera espacios para potencializar los recursos y acumulaciones de experiencias en salud de cada sector; así también en la misma comunidad, para que ésta desarrolle capacidades de decisión, planificación, ejecución, evaluación y control de las acciones de salud institucionalmente producidas.

Siendo que la participación social en salud es un problema eminentemente político con muchos elementos histórico-culturales, el presente estudio no es un diagnóstico de la participación social en salud.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente estudio pretendió identificar las modalidades de participación social en salud, desarrolladas a partir de la implementación de la Programación Local (PL) en El Salvador, que contribuyan a la implementación de los SILOS, para lo cual se plantó dar respuesta a las siguientes interrogante:

Cómo se conceptualiza la participación social a nivel de los actores sociales institucionales y extrainstitucionales?.

Existen políticas oficiales de participación social en salud?.

Qué viabilidad tienen estas políticas?.

Qué impacto es posible identificar al momento actual en la población?.

Qué limitaciones se identificaron para su aplicación?.

Qué mecanismos existen de participación social en salud?.

Qué cambios organizativos existen los servicios para dar espacios a la participación social?.

Cuáles son los principales contenidos de participación de los actores sociales en el modelo de atención?. En la conducción del servicio local?.

### III. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

A través de la Ley Primaria de El Salvador, se establece que: "La Salud de los habitantes de la República constituyen un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento".

Asimismo, El Salvador al ser signatario de los acuerdos de la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1977, se comprometió a la meta. "Salud para todos en el año 2000" (SPT 2000); y a su vez en la Conferencia Internacional de Salud llevada a cabo en 1979 en Alma Ata, Unión Soviética adopta como elemento clave para alcanzar esta meta, la Atención Primaria en Salud.

Posteriormente, adopta la estrategia de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), al apoyar en 1988 la resolución XV del XXXIII Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud para lograr la meta "SPT2000".

Los SILOS son diseñados para producir cambios y transformaciones en el Sistema Nacional de Salud, los cuales en El Salvador, se han venido implementando a través de la Programación Local(PL) con carácter administrativo y como paso previo a su implementación de los primeros.

Al momento de este estudio, se están instalando los primeros SILOS en los departamentos: Sonsonate, La Libertad, Chalatenango, San Salvador y San Miguel, con sus propias características y niveles de desarrollo de acuerdo a sus realidades concretas.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) valora a la participación de la comunidad, como elemento fundamental en la futura conformación de los SILOS;" la cual debe cambiar su rol de simple receptora de los servicios, por el de una participación más activa en la toma de decisiones y en una intervención más activa en el diseño y selección de sus propias opciones de acción"(1).

A su vez, considera que:" la descentralización es un requisito fundamental para incentivar la participación social en los SILOS, puesto que la misma crea el espacio necesario, para la toma de decisiones por parte de los actores sociales"(2).

En El Salvador, no se cuenta con estudios previos realizados en que se analice la experiencia actual en la implementación de los SILOS en sus distintos componentes, incluyendo la participación social.

Por lo que el presente estudio corresponde a una primera aproximación al análisis de dicho proceso, lo que permitirá avanzar en la búsqueda de estrategias y metodologías de análisis, adecuados al nuevo contexto socio-político en los espacios poblacionales estudiados.

- 
1. Paganini, José María; Capote Mir, Roberto. Los Sistemas Locales de Salud: Conceptos, Métodos, Experiencias. Washington, OPS, 1990. pp 672. (Publicación Científica No. 519).
  2. Idem. Loc. cit.

#### **IV. OBJETIVOS**

##### **Objetivo General:**

Identificar el grado de implementación del componente participación social en salud, en los espacios poblacionales seleccionados de El Salvador en Julio de 1992.

##### **Objetivos Específicos:**

- 1.- Identificar las principales características socio-culturales de la población y de los servicios de salud, existentes en las áreas geográficas de estudio.
- 2.- Analizar las políticas del sistema de salud que facilitan la participación social.
- 3.- Caracterizar los actores sociales mas relevantes de la participación social.
- 4.- Identificar las instancias de participación social y sus mecanismos de funcionamiento, por niveles de conducción de los servicios de salud.
- 5.- Establecer las principales áreas de participación social en salud y su impacto en los espacios poblacionales objeto de estudio.

## V. MARCO DE REFERENCIA

Según Paganini, "Los Sistemas Locales de Salud deben verse como unidades básicas organizativas; de una unidad plenamente articulada que es el Sistema Nacional de Salud"(1).

Existen diversas conceptualizaciones sobre lo que es la participación social en salud, una de ellas señala que "Los términos **comunidad y participación social** a menudo parecen emplearse indistintamente. Sin embargo en el contexto de los Sistemas Locales de Salud, la **participación comunitaria** se refiere a las acciones individuales, familiares y de la comunidad para promover la salud, prevenir las enfermedades y detener su avance. En su mejor forma, o sea, la participación consciente se caracteriza por el conocimiento interno de los problemas, la identificación de las necesidades percibidas y la acción intencional para satisfacer las necesidades y resolver los problemas. La **participación social** es un concepto mas amplio, que se refiere a los procesos sociales a través de los cuales los grupos (incluidos los de la comunidad), las organizaciones, las instituciones, los sectores -todos los actores sociales a todos los niveles dentro de una zona geográfica determinada- intervienen en la identificación de las cuestiones de salud u otros problemas afines y se unen en una alianza para diseñar, probar y poner en práctica las soluciones. La participación social es por naturaleza sistémica, refiriendo a la interacción de muchos actores dentro del sistema social. Reconoce que las medidas sobre salud a nivel local serán el resultado de una alianza que se negocia continuamente a medida que van cambiando las condiciones" (2). Debido al carácter sistémico inherente del fortalecimiento del método de Sistemas Locales de Salud, se prefiere el término de **participación social** y es el que se usa con mayor frecuencia en este documento.

La existencia de red organizacional en la comunidad, facilita el funcionamiento grupal para la solución de la problemática en salud.

"La participación social se concentra en grupos organizados que actúan al unísono en busca de intereses comunes, en lugar de comportamientos individuales aislados, en consecuencia el concepto de **comunidades sanas** es un elemento clave, en el cual individuos trabajan juntos no sólo para mantener y mejorar su propio estado de salud, sino también el de la comunidad en pleno. Como señaláramos anteriormente, al igual que el ser humano individual, la comunidad se puede definir como un



organismo biológico, sociológico y cultural. Las actividades, los estilos de vida y los ambientes físicos y sociales actúan entre sí a nivel local, donde se gana o se pierde salud en las actividades de la vida diaria. Una ciudad o una comunidad sana se define como aquella que está continuamente mejorando su ambiente físico y social y desarrollando recursos de la comunidad que permiten a la población llevar acabo todas las actividades cotidianas para desarrollar su potencial máximo por medio del apoyo mutuo. Las instituciones públicas y privadas a todos los niveles, envueltas en el desarrollo socio-económico general o en sectores específicos como la educación, el empleo, el saneamiento y el transporte, así como la salud, junto con grupos político, religiosos, cívicos y de vecindario, pueden y deben participar para crear comunidades saludables que promuevan el bienestar total de sus poblaciones y ambientes"(3).

Como todo proceso debe contar con sus instancias y mecanismos de funcionamiento, pero esto sólo es posible si los niveles superiores del gobierno permiten el ejercicio de la democracia participativa.

"La participación social significa que todos actores toman parte en las deliberaciones y decisiones sobre atención de la salud, incluyendo las decisiones sobre necesidades y prioridades, la asunción de las responsabilidades y obligaciones para la formulación de planes y adopción de medidas para promover la salud y evaluar los resultados. No significa una simple colaboración en las actividades planificadas por otros, o la mera utilización de servicios. En breve, la participación social se define como la participación de grupos organizados, entre ellos la comunidad, en las deliberaciones, la toma de decisiones, el control y la responsabilidad con respecto a la atención de la salud. Es una forma democrática de ejercer el poder y un derecho y responsabilidad del pueblo inherente a la autodeterminación. Según el Dr. Carlyle Guerra de Maceo, Director de OPS: "La determinación de una responsabilidad mutua entre los servicios y la población creará una nueva relación bilateral que hará imprescindible la interacción participativa en la elección y ejecución de programas locales. Esta relación deberá ser afianzada mediante el establecimiento de instrumentos potenciadores y conductores para la expresión de la participación deseada: educación e información para el conocimiento; organización social; coordinación intersectorial y nuevos mecanismos y estilos para la adopción de decisiones en los niveles local y nacional del sector salud y del desarrollo. Dentro de esta perspectiva la participación no puede



restringirse al ámbito sectorial y el Estado mismo deberá reorientarse y reformarse para hacerla posible, ya que se trata de una de los cambios ineludibles para la realización de la meta salud para todos" (4).

Con el propósito de compartir la responsabilidad de la producción de servicios, tanto los proveedores como los beneficiarios deben involucrarse en todas las etapas de la conducción de los servicios.

"La participación social se ha considerado no solo como un medio para ofrecer servicios de atención de salud mas efectivos, sino como un fin, un indicador de la democracia y del desarrollo. Del mismo modo que la participación social se puede considerar como un medio para lograr sistemas locales de salud funcionales e integrados, y en definitiva una salud mejor, los sistemas locales de salud también se pueden considerar como un medio para promover y lograr una participación social mayor, y por ende una salud mejor y un nivel mas alto de desarrollo. Por lo tanto, la participación social se puede conceptuar simultáneamente como un medio y un fin, pero desde un punto de vista mas práctico, como un proceso esencial para alcanzar la meta máxima del bienestar humano. No es tan solo otro ingrediente o elemento de los sistemas locales de salud, sino que sirve de base a todo el sistema e interactúa con todos sus elementos, y afecta profundamente a su repercusión en la salud y el desarrollo."(5).

En la región de las Américas, la participación social en salud (a través de las organizaciones, grupos, instituciones que suministran servicios a nivel local en el contexto de la Atención Primaria de Salud), ha tenido diferentes niveles de desarrollo y diferentes modalidades que han contribuido al enriquecimiento de la práctica social en salud, en estos países; y a su vez, ha permitido continuar el desarrollo y fortalecimiento de sus SILOS.

Dentro del contexto de la democratización y descentralización que se está desarrollando en este continente, y siendo que la participación social es un proceso eminentemente político con fuerte influencia histórica-cultural, el análisis de las diferentes experiencias, tanto regionales como locales, contribuirá a formular una propuesta de estrategias para facilitar la participación social en salud en cada país.

Debido a la diversidad de experiencias en participación social y en apoyo al seguimiento de progreso y para propiciar el

organismo biológico, sociológico y cultural. Las actividades, los estilos de vida y los ambientes físicos y sociales actúan entre sí a nivel local, donde se gana o se pierde salud en las actividades de la vida diaria. Una ciudad o una comunidad sana se define como aquella que está continuamente mejorando su ambiente físico y social y desarrollando recursos de la comunidad que permiten a la población llevar acabo todas las actividades cotidianas para desarrollar su potencial máximo por medio del apoyo mutuo. Las instituciones públicas y privadas a todos los niveles, envueltas en el desarrollo socio-económico general o en sectores específicos como la educación, el empleo, el saneamiento y el transporte, así como la salud, junto con grupos político, religiosos, cívicos y de vecindario, pueden y deben participar para crear comunidades saludables que promuevan el bienestar total de sus poblaciones y ambientes"(3).

Como todo proceso debe contar con sus instancias y mecanismos de funcionamiento, pero esto sólo es posible si los niveles superiores del gobierno permiten el ejercicio de la democracia participativa.

"La participación social significa que todos actores toman parte en las deliberaciones y decisiones sobre atención de la salud, incluyendo las decisiones sobre necesidades y prioridades, la asunción de las responsabilidades y obligaciones para la formulación de planes y adopción de medidas para promover la salud y evaluar los resultados. No significa una simple colaboración en las actividades planificadas por otros, o la mera utilización de servicios. En breve, la participación social se define como la participación de grupos organizados, entre ellos la comunidad, en las deliberaciones, la toma de decisiones, el control y la responsabilidad con respecto a la atención de la salud. Es una forma democrática de ejercer el poder y un derecho y responsabilidad del pueblo inherente a la autodeterminación. Según el Dr. Carlyle Guerra de Maceo, Director de OPS: "La determinación de una responsabilidad mutua entre los servicios y la población creará una nueva relación bilateral que hará imprescindible la interacción participativa en la elección y ejecución de programas locales. Esta relación deberá ser afianzada mediante el establecimiento de instrumentos potenciadores y conductores para la expresión de la participación deseada: educación e información para el conocimiento; organización social; coordinación intersectorial y nuevos mecanismos y estilos para la adopción de decisiones en los niveles local y nacional del sector salud y del desarrollo. Dentro de esta perspectiva la participación no puede

intercambio de experiencias entre países y grupos de países, la OPS, ha apoyado una serie de estudio de casos desde 1983.

En sus conclusiones generales se encuentra lo siguiente: " De todos los estudio de casos e informes de talleres se deduce que los conceptos generales de los sistemas locales de salud, la participación social y la programación participativa son aceptados, pero existe todavía una gran distancia entre la teoría y la práctica a nivel operacional. Así mismo hay diferencias considerables en las interpretaciones de lo que constituye la participación social, según indica la divergencia entre las declaraciones retóricas sobre la participación social y el enfoque de algunos de los métodos señalados para promoverla. Obviamente, todavía no se ha llegado a un entendimiento universal sobre el concepto de participación social, sobre cómo abordarlo en relación con otros conceptos dentro del enfoque del sistema local de salud, y sobre la necesidad de transformar completamente el sistema de salud para lograrlo, en lugar de simplemente mejorar los mecanismos actuales de alcance y promoción. Es necesario hacer mas esfuerzos para aclarar estos conceptos y ponerlos en práctica por medio de metodologías funcionales y consistentes en todo el sistema de salud así como en los sistemas locales de salud"(6). Se define como estudio de casos, a: "una investigación empírica de un fenómeno contemporáneo en su contexto de vida real y cuando las fronteras entre el fenómeno y el contexto no son claramente evidentes, y para lo cual se usan múltiples fuentes de evidencia" (7).

Al analizar la experiencia de participación social en salud en Nicaragua, se encontró la siguiente conceptualización.

"Los actores sociales se les define como los individuos o agrupaciones sociales existentes en la sociedad civil, que poseen relevancia por su responsabilidad en la solución de los problemas de salud, a los que tienen capacidades acumuladas de resolución y a los que por sus recursos pueden contribuir en gran forma a esa actividad. Dentro de este marco, los actores sociales en salud son:

- La comunidad que es la esencia de la PS en salud, en la medida en que en sus condiciones de vida y de salud se enfoca la acción sanitaria.
- ONGs que desarrollan programas de salud en o sin coordinación con el MINSA; pero que su aporte se puede

potencializar, al garantizarles espacios y mecanismos para su participación.

- Organizaciones religiosas que administran y/o desarrollan acciones de salud a nivel local.
- Organizaciones sindicales, principalmente las afines a las acciones de salud; además de las interesadas en la salud de la población en general.
- Organizaciones gremiales de comerciantes, ganaderos, agricultores, industriales, profesionales, etc.
- Medios de comunicación social, por su potencialidad educativa y sus capacidades de generar opinión pública y movilización social.
- Otras instituciones del estado por su incidencia directa en salud (educación, acueductos y alcantarillados, seguridad social, etc.)
- Empresas productivas públicas, privadas o cooperativas y tienen importancia territorial y/o recursos.
- MINSA como institución especializada del Estado en este sector social, debe jugar su papel de liderazgo para convocar, movilizar y comprometer a todos los actores sociales anteriores"(8).

En las políticas del MSPAS de El Salvador, orientadas a las PS en salud " Se entiende como PS en los SILOS, el proceso de intervención de la comunidad organizada en las decisiones que tienen que ver con la satisfacción de sus necesidades en el control de los procesos, y en la aceptación de las responsabilidades y obligaciones que se derivan, del desempeño de una función decisoria. La PS, es entonces, una forma de relacionar a la sociedad con el Estado, para que este sea mas representativo de la sociedad civil, y que se cumpla la premisa de que no puede haber desarrollo si no hay organización comunal"(9).

Sin embargo, en el desarrollo de estos documentos oficiales del MSPAS de El Salvador, no se define el concepto comunidad, ni organización comunal que para fines de este estudio son



necesarios. Se toma la anterior conceptualización, para fines de su conocimiento y posible contraste con las experiencias de participación social que se encontraron en el desarrollo de la presente investigación.

Dentro de las políticas de participación comunitaria del MSPAS de El Salvador, se encuentran las siguientes conceptualizaciones.

"La Programación Local y la futura conformación de los SILOS, tienen como elemento fundamental a la participación de la comunidad"(10).

Mas adelante se expresa: "La comunidad debe cambiar su rol de simple receptora de los servicios, por el de una participación mas activa en la toma de decisiones y en la intervención mas directa en el diseño y selección de sus propias opciones de acción"(11).

Estas mismas políticas son consecuentes con el rol de la comunidad al declarar: "La importancia de que la comunidad movilice recursos humanos y físicos para contribuir a la solución de sus problemas, no se discute, pero se cuestiona cuando la participación de la comunidad se orienta simplemente a reducir costos, por cuanto que la instrumentaliza convirtiéndola en herramienta y no en autora de su propio desarrollo"(12).

Al referirse a los obstáculos de la participación de la comunidad, menciona lo siguiente: "Una de las razones por las cuales se ha producido en forma efectiva la participación de la comunidad en salud, es la característica de los servicios, de estar organizados en unidades con comando muy centralizado, donde la toma de decisiones se efectúa en un nivel muy alejado de las posibilidades de influencia de la comunidad"(13).

Respecto a la participación social en los SILOS, declaran: "Se entiende como participación social en los SILOS al proceso de la intervención de la comunidad organizada, en las decisiones que tienen que ver con la satisfacción de sus necesidades, en el control de los procesos y en la aceptación de las responsabilidades y obligaciones que se derivan del desempeño de una función decisoria. La participación social es entonces, una forma de relacionar la sociedad con el Estado, para que este represente en forma mas efectiva a la sociedad civil"(14).

En cuanto a la división administrativa se conoce que son cinco regiones de salud: Metropolitana, Central, Paracentral, Occidental y Oriental y se definen: "... como núcleos administrativos de servicios delimitados de acuerdo a zonas geográficas, población, RR HH, recursos materiales y demás factores concomitantes..." (15).

Respecto a la Red de Servicios del Sistema Nacional de Salud de El Salvador, esta compuesta por: Dispensarios de Salud, Puestos Comunitarios, Puestos de Salud, Unidades de Salud, Centros de Salud y Hospitales tanto Regionales, Departamentales y Nacionales; institucionalmente se les llama establecimientos de salud. Esta red en las áreas geográficas objeto de estudio, se detalla en el Anexo No. 1.

- 
1. Paganini, José María. Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos Métodos Experiencias. Sistemas Locales de Salud. Un nuevo Modelo de Atención. Washington 1990. 50p. (Publicación Científica No. 519).
  2. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud: La participación social. Washington, 1990. pp 10. (SILOS-3).
  3. Ibid. Pag. 11.
  4. Ibid. Loc. cit.
  5. Ibid. Pag. 12.
  6. Ibid. Pag. 23-24.
  7. Yin, R. K. Case Study Research. Beverly Hills California, Sage, 1989. p 23.
  8. Juárez Díaz, Ligia. Et al. La participación social para el fortalecimiento de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud. Nicaragua, Ministerio de Salud, 1992. pp 6-7.
  9. Paganini, José María; Capote Mir, Roberto. Los Sistemas Locales de Salud: Conceptos, Métodos, Experiencias. Washington, 1990. pp 672-673. (Publicación Científica No. 519).

10. El Salvador. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Programación Local. "Manual Operativo". La Participación de la Comunidad. El Salvador 1991-1992. 9p.
11. Ibid. Loc. cit.
12. Ibid. Loc. cit.
13. Ibid. Loc. cit.
14. Ibid. Pag. 9-10.
15. El Salvador. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria 1990-1991. El Salvador 1991. 65p.



## VI. DISEÑO METODOLÓGICO

- 1.- Tipo de Estudio. Se trata de un estudio de casos que no permite generalizar únicamente explorar inicialmente la participación social, es de carácter descriptivo sobre las experiencias desarrolladas de participación social en salud en las zonas seleccionadas de El Salvador, durante la implementación de la Programación Local. Es operacional pues da información útil para la toma de decisiones acerca de estrategias orientadas a fortalecer el componente participación social en salud en los SILOS de El Salvador.

### Validez y confiabilidad de los resultados.

Este estudio es de casos múltiples, siendo sus resultados válidos para el universo estudiado ya que corresponden a un estudio de casos(1).

Respecto a los cuestionarios para las entrevistas fueron elaborados, tomando como referencia los instrumentos que han sido validados por OPS/DMS en el Estudio de Casos, que incluyó la Isla de Meanguera del Golfo de Fonseca, perteneciente al Departamento de La Unión de la República de El Salvador(2). Dichos cuestionarios fueron adecuados para la ejecución del presente estudio, de acuerdo a las características del estudio y las de los actores sociales involucrados en el estudio, además fueron sometidos a prueba piloto con los actores sociales anteriores.

El grado de confianza del presente estudio, lo dio la utilización de muchas fuentes de información durante el proceso de colección de la información sobre participación social; lo cual permitió las mediciones múltiples del mismo fenómeno, y se desarrolló un proceso de triangulación de los resultados, que se orienta a la combinación de distintos enfoques o percepciones obtenidos en los resultados de las entrevistas a los informantes claves, lo cual permite una interpretación mas objetiva de los aspectos relevantes del estudio (3).

Para incrementar la validez, se solicitó a varios informantes claves, incluidos en el estudio, la revisión del informe preliminar para corroborar de los resultados, lo cual se logró en un 80%.

## 2.- Áreas geográficas seleccionadas.

De los catorce departamentos de la República de El Salvador, se seleccionaron tres, de los cuales a uno se le instaló el SILOS. Este es Chalatenango, perteneciente a la Región Central de Salud. Los otros dos son: Morazán y Usulután que tienen experiencias en participación social que les facilitó la sobrevivencia en el exterior al conformar su organización social en función de desarrollar los sectores de educación, vivienda y salud; pero no tienen implementado el SILOS. Estos dos últimos departamentos pertenecen a la Región Oriental de Salud.

Para el **Departamento de Chalatenango** se hizo la investigación en el Municipio de La Reina, que pertenece al SILOS de Nueva Incepción. Tiene una extensión de 16 km. cuadrados y 500 habitantes. Posee una Unidad de Salud con un médico y una enfermera auxiliar. A cuatro km. de distancia se encuentra el Caserío de **San Antonio** en donde esta asentado un destacamento del Ejército Nacional para la Democracia (END), que forma parte del FMLN.

En el **Departamento de Morazán** se abordó la "**Ciudad Segundo Montes**", pertenece al Municipio de Meanguera. Tiene una extensión geográfica de 21 km. cuadrados y una población de 8200 habitantes.

Funcionan 5 clínicas, una por cada asentamiento, que en un futuro cercano se reducirán a tres dada la accesibilidad geográfica a las Clínicas por la población. De las 5 clínicas principal se encuentra en el asentamiento **San Luis**, posee 5 camas para la observación general de pacientes pre-parto y puerperio, con un promedio de 2-3 días de ingreso por paciente.

El equipo médico está formado por dos médicos en Servicio Social, uno enviado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (EPAS) y el otro por la ONG "Médicos Sin Frontera". El personal auxiliar lo forman 37 Promotores de Salud los cuales también realizan labores administrativas.

Existe un Comité de Salud formado por 6 miembros, uno de ellos es el Coordinador Interno y a su vez su representante ante la Junta Directiva de la Comunidad; otro miembro es el Coordinador de las Clínicas.

La unidad territorial del Departamento de Usulután, está ubicada en el Municipio de Jiquilisco, formada por dos pequeños asentamientos separados por un pequeño río artificial; sus nombres son "Ciudad Nueva Esperanza" y "Ciudad Romero", la población total entre ambas es de 969 habitantes y con 0.5 km.2. Por lo tanto los casos de estudio son tres:

| Dpto.        | Municipio. | Comunidad.                      | km.2. | Hab. |
|--------------|------------|---------------------------------|-------|------|
| Chalatenango | La Reina   | La Reina y<br>Sn. Antonio       | 16    | 6100 |
| Morazán      | Meanguera  | Segundo<br>Montes               | 21    | 8200 |
| Usulután     | Jiquilisco | Cdad. Romero y<br>N. Esperanza. | 0.5   | 969  |

La ubicación geográfica de estas comunidades se puede observar en el Mapa de El Salvador. (Ver Anexo No. 1).

Cada uno posee una Clínica, la de Ciudad Romero tiene cama para observación de pacientes, el Equipo Médico esta formado por 1 médico de la ONG "Médicos Sin Frontera", que los visita cada 15 días, no tienen personal auxiliar, que es sustituido por 5 promotores de salud que atienden el área administrativa y a su vez conforman el Comité de Salud.

En "Ciudad Nueva Esperanza", no prestan el servicio de internado de pacientes por falta de recursos humanos y materiales. El personal de salud lo conforman, un médico de la ONG "Médicos Sin Frontera" cada 15 días; lo cual no es sistemático; las actividades de Auxiliar y Administrativo la realizan 6 promotores de salud, que a su vez conforman el Comité de Salud.

- 3.- Universo. Todos los actores sociales tanto comunitarios, como sectoriales o gremiales involucrados en la producción social de salud para la población objeto de estudio.

4.- Variable principal: Participación Social.

Esta variable se estudió a partir de cuatro Dimensiones de variables: políticas de participación social del sistema de salud; caracterización de los actores sociales relevantes en participación social; instancias con sus mecanismos de funcionamiento de la participación social; y áreas para la participación social en salud.

5.- Obtención de la Información:

5.1. Fuente de información.

Es de carácter primario a partir de los actores sociales seleccionados (Informantes Claves).

5.2. Criterios de selección de la fuente de información.

Se construyeron a partir de la premisa de que debían ser personas o agrupaciones locales, que participen o tengan interés en las actividades de participación social en salud.

Esta premisa fue evidenciada, conocida o detectada, a través de la misma observación directa de los actores sociales en las reuniones de consejos intersectoriales o de comités de salud que se asistió.

Otra técnica de detección fue a través de la información sobre estos actores sociales, que proporcionaron otros miembros de la comunidad y/o los representantes del Ministerio de Salud u OPS.

Basados en los criterios anteriores, se entrevistó a uno o dos miembros de cada consejos intersectoriales y de cada comités de salud, así como uno o dos agentes de la comunidad (líderes, promotores de salud, brigadistas, parteras, curanderos, etc.), y un representante o miembro de ONGs trabajando para salud.

A nivel institucional, se entrevistó a miembros del personal de salud de diferentes niveles de conducción, como : el Director Regional, el Coordinador del Equipo del SILOS, director del Centro o Unidad de Salud, o responsable comunal de la Clínica.

De acuerdo a estos criterios de selección de los informantes claves, los actores sociales extra-muros que fueron 6 u 8 por cada unidad territorial; y los institucionales, 3 por cada área geográfica seleccionada. Totalizando 38 informantes claves para la investigación.

El porqué de este tamaño de la muestra, es debido a que no interesa la cantidad sino la calidad de la información la cual está determinada por la selección de los actores sociales, los cuales deben tener conocimientos y práctica de lo que es la participación social en salud.

En la **"Ciudad Segundo Montes "** del Municipio de Meanguera, Dpto. de Morazán se entrevistó a los siguientes actores sociales :

Extra-muros : Coordinador del Comité de Salud, Coordinadora de las Clínicas, Responsable de la Biblioteca, Coordinador del Comité Comunal, Coordinador del Asentamiento Sn. Luis, Coordinadora del Dpto. de Créditos del Banco de las Comunidades de Morazán (BANCOMO), Coordinadora de la Radio "Segundo Montes "; Coordinador del Comité para el Desarrollo y Emergencias de Morazán (CODEMO).

A nivel de ONGs : médico contratado por "Médicos sin Frontera".

A nivel Institucional : Vice-Directora Regional de Salud, Director del Centro de Salud de San Francisco Gotera y médico en Servicio Social del MSPAS.

En **"Ciudad Romero"** del Municipio de Jiquilisco, Dpto. de Usulután, se abordó a:

Extra-muros : Promotor de Salud, Responsable de Educación; Presidenta del Comité de Mujeres, Coordinador de la Pastoral, Coordinador de los Derechos Humanos y Responsable de la Juventud y Coordinador del Comité de Producción.

Por las ONGs : se abordó a la médica que además de esta comunidad, atiende a "Ciudad Nueva Esperanza", pertenece a Médicos Sin Frontera.

Intramuros se entrevistó al Director del Hospital del Dpto. de Usulután y a la misma Sub-Directora Regional.

Al visitar "Ciudad Nueva Esperanza" se abordó a : Responsable del Area de Salud, miembro del Comité de Salud (partera), Responsable de Educación y Juventud, Coordinador del Area de Producción, Coordinador de Comunicación Social y Responsable de la Pastoral.

A nivel de ONGs e intramuros, tiene los mismos actores sociales que "Ciudad Romero"; o sea a "Médicos sin Frontera" como ONGs y al Hospital de Usulután como institución oficial.

En el Municipio de La Reina, perteneciente al SILOS de Nueva Concepción, Dpto. de Chalatenango, se entrevistó a los siguientes actores sociales extramuros : Representante de la Alcaldía, de ANTEL, Presidente de la Junta Directiva del Cantón El Pepeto, tres miembros del Comité Intersectorial del SILOS, y a la enfermera responsable de la Clínica del END.

A nivel Institucional se entrevistó al Director de la Región Central, Director del Centro de Salud de Nueva Concepción (Coordinador del SILOS) y al Jefe de la Unidad de Salud de La Reina.

Se hicieron 4 caracterizaciones de contexto y se asistió a 3 reuniones de comités de salud y una de consejo intersectorial, pues dependió de su existencia y/o dinámica nivel local.

### 5.3 Método y Procedimiento de colecta de datos.

- 1) Entrevistas semi-estructuradas con informantes claves, aplicadas por la investigadora y dos encuestadores previamente entrenados y capacitados por la investigadora.

Se levantaron las encuestas en un período de tres semanas (Julio de 1992), visitando primero la Ciudad "Segundo Montes" Dpto. de Morazán, en donde los informantes claves de la comunidad

prestaron importancia a la investigación y colaboraron lo suficiente a pesar de sus múltiples ocupaciones de sobrevivencia y ésta fue la razón por la que se regresó a este lugar, después de recorrer las otras comunidades de la Región Oriental, para completar la colecta de información.

Previo a la visita a "Ciudad Romero" del Dpto. de Usulután, se había contactado al Coordinador de la Junta Directiva de la comunidad, lo que facilitó y permitió la bienvenida al presente

estudio. Inmediatamente después de la reunión del Consejo Intersectorial, los informantes claves se prestaron a ser entrevistados de forma muy solícita.

No ocurrió lo mismo con "Ciudad Nueva Esperanza", en donde el Coordinador de la Junta Directiva no tuvo tiempo para avisar lo suficiente a los informantes claves sobre la investigación, por lo que la colecta de la información se hizo en dos momentos.

Para la visita a estos lugares se contó con el apoyo en transporte de PRODERE/OPS y para las visitas a los informantes claves institucionales de esta región, ellos hicieron las coordinaciones necesarias. Estos últimos informantes prestaron plena colaboración al aplicárseles las encuestas.

En el Municipio de La Reina del Dpto. de Chalatenango, Región Central de Salud, se contó con la colaboración necesaria para la obtención de la información tanto intra como extra muros.

Con anticipación la investigadora anunció su visita al asentamiento del END, esto facilitó que los responsables de este lugar proporcionaran transporte tanto para entrar como para salir del asentamiento.



- 2) Observación de reuniones grupales intersectoriales.

En las tres comunidades de la Región Oriental se tuvo oportunidad de observar tres reuniones de Comités de Salud y una de Consejo Intersectorial debido a la dinámica de las mismas.

Respecto al Municipio de La Reina, no se tuvo oportunidad de estar presente en esas reuniones por no haber coincidido en cuanto a tiempo de su realización.

- 3) Utilización de documentos oficiales del MSPAS y otras instituciones públicas.

Los documentos fueron accesibles en estas instituciones. Se visitó el nivel central del MSPAS, abordándose al Director Departamento de Epidemiología para obtener toda la información necesaria. Otra parte de la información documental se colectó de la Biblioteca de PREDERE/OPS y de la Dirección Regional de Salud del Oriente.

#### 5.4 Instrumentos.

Guía de caracterización del contexto. (Anexos).

Guía de observación de reuniones. (Anexos).

Cuestionarios semi-estructurados (Anexos).

#### 6.- Operacionalización de las variables:

Para identificar las principales características socio culturales de la población y de los servicios de salud, se analizó las siguientes variables:

1. Principales actividades productivas de la población.
2. Características socio-culturales de la población.



3. Tipos de consultas.
4. Horarios de servicios
5. Tipo de personal.

**FUENTE.**

Información colectada a través de las guías para la caracterización del contexto.

Para analizar las políticas del sistema de salud, que facilitan la participación social, se analizó las siguientes variables:

6. Niveles de percepción de lo que es PS en salud.
7. Existencia de políticas oficiales (explícitas o implícitas sobre PS en salud).
8. Grado de conocimiento de esas políticas.
9. Consideraciones sobre el nivel de realismo de las políticas de salud existentes.
10. Posibles efectos o impactos en la población, de esas políticas de PS.
11. Obstáculos y limitantes para la aplicación de las políticas de PS. Cómo superarlas.

**FUENTE:**

Entrevistas con informantes claves.

Para la caracterización de los actores sociales mas relevantes de la participación social en salud, se analizó las siguientes variables.

12. Cantidad y nombre de las organizaciones activas en la comunidad.
13. Identificación de las de mayor representatividad o prestigio entre la población; de las que habitualmente apoyan a los servicios de salud y de las que están dispuestas a prestar apoyo a esos servicios.

**FUENTE:**

Observación directa de reuniones locales de Comités de salud y/o Consejos intersectoriales. Entrevistas a informantes claves.

Para identificar las instancias y mecanismos de funcionamiento de la participación social, se analizó las variables siguientes:

14. Cambios organizacionales dentro del servicio de salud o formación de comités/consejos para la promoción y el apoyo de la PS.
15. Descripción de esos posibles cambios (estructura, funciones, objetivos).
16. Existencia de acuerdos o convenios entre los servicios locales de salud y alguna(s) agrupaciones de organizaciones de la comunidad.
17. Posibles "quejas" de la población sobre los servicios locales de salud. Canalización de los reclamos de los usuarios.
18. Percepción de los servicios que presta los agentes comunitarios de salud.
19. Consideraciones acerca del apoyo que los anteriores agentes, deberían prestar a los servicios de salud oficiales.
20. Recepción por la gente de la comunidad de información periódica sobre los servicios de salud y sus programas.
21. Posible consulta a la población sobre sus necesidades y problemas de salud; y sobre sus prioridades.
22. Participación de la población en su atención de salud o en acciones y programas de salud.
23. Espacios para que la población o sus representantes expresen su satisfacción o insatisfacción con los servicios y sus programas.

24. Para valorar los niveles de participación social general, se utilizó los aspectos observados directamente de las reuniones de los Comites de salud y/o de los Consejos intersectoriales, respecto a: actores sociales participantes, mecanismos de participación, grado de desarrollo organizativo de las comunidades y grado de polarización política gradualmente ponderados en bajo, medio y alto.
25. Para valorar los resultados generales de las reuniones, se hizo la observación directa de éstas a través de los aspectos de: cumplimiento de los objetivos de la convocatoria, impacto de las intervenciones del representante de la comunidad, capacidad de convocatoria, persuasión y concertación de las autoridades de sanitarias oficiales locales, gradualmente ponderados en bajo, medio y alto.

**FUENTE:**

Observación directa de las reuniones locales de los Comites de Salud y/o los Consejos intersectoriales.  
Entrevistas con informantes claves.

Para establecer las principales áreas de participación social y su impacto, se analizó las siguientes variables.

26. La participación de los representantes de la comunidad y de las organizaciones de nivel local, conjuntamente con el personal de salud, en la: planificación, ejecución, evaluación y administración de los servicios y sus programas y/o actividades.
27. Posible efecto o impacto de la anterior participación social en salud, en los servicios, programas, la comunidad misma o en la salud de la población.

**FUENTE:**

Observación directa de las reuniones locales de los Comités de salud y/o los Consejos intersectoriales y entrevistas con informantes claves.

## 7.- Plan de Análisis de la Información.

En un primer momento a partir de los resultados cualitativos del estudio se procedió a establecer categorías de análisis que permitiera resumir la información para facilitar su interpretación, tratándose en lo posible de mantener la riqueza de la información primaria cualitativa conservando las expresiones originales de los informantes.

En un segundo momento se resume la información en forma comparativa entre los SERVICIOS OFICIALES y NO OFICIALES para los aspectos relacionados con la CARACTERIZACION DE LOS ACTORES SOCIALES y DISPONIBILIDAD DE RECURSOS en los servicios existentes en las comunidades estudiadas.

Los aspectos relacionados con las INSTANCIAS DE PARTICIPACION, MECANISMOS DE FUNCIONAMIENTO y AREAS DE PARTICIPACION SOCIAL se analizaron en relación con NIVELES DE CONDUCCION.

Para resumir los resultados de la Observación directa a las REUNIONES INTERSECTORIALES se estableció una ponderación Cualicuantitativa (en una escala de 1 a 9) que permitiera comparar los distintos niveles de desarrollo en cada uno de los aspectos de la intersectorialidad objeto de análisis.

Los resultados de estas relaciones se presentan en forma resumida en las tablas correspondientes. (Ver Anexo No. 5)

A partir de los resultados preliminares se enriqueció el análisis con juicios valorativos de los Informantes Claves, como proceso de validación del Informe Preliminar lográndose el involucramiento del un 80% de los informantes.

- 
1. Yin, R. K. Case Study Research. Beverly Hills, California. Sage 1989. pp 41-46.
  2. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud: La Participación Social . Estudio de Casos. Washington, 1990. pp 20-25.
  3. Yin, R. K. Ob. cit.

## VII. RESULTADOS Y ANALISIS

### IDENTIFICACION DE LAS PRINCIPALES CARACTERISTICAS SOCIOCULTURALES DE LA POBLACION Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

La **extensión geográfica** de las cuatro localidades objeto de estudio, osciló entre 0,5 Km<sup>2</sup> y 21 Km<sup>2</sup>, la **población** entre 997 y 8200 habitantes.

Sus **actividades productivas** se caracterizan por el cultivo del maíz como primer rubro, seguido de frijoles, ajonjolí, ganado y otros productos agrícolas de consumo local.

Se encontró que son áreas cuya **composición socio-cultural** es fundamentalmente campesina, agricultores en pequeño, jornaleros, maestros populares, promotores de salud, y diversos oficios como sastres y albañiles. En tres de ellas se encontró estudiantes universitarios y en otra miembros del Ejército Nacional para la Democracia (END) integrantes del FMLN.

Para el Departamento de Morazán, se estudió la "Ciudad Segundos Montes", cuya población permaneció 9 años en el refugio de Colomontagua, en la República de Honduras. Su sobrevivencia fue posible, gracias al alto nivel organizativo que desarrollaron para la resolución de sus necesidades de alimentación, vivienda, educación y salud. Las cuales a su vez tuvieron como común denominador la actividad de seguridad y defensa de la vida debido a las permanentes amenazas y/o agresiones militares.

En Usulután se abordó la población de "Ciudad Romero" y "Nueva Esperanza". La primera formada por los refugiados que vinieron de Panamá y su vivencia en ese país les obligó a desarrollar su organización social, tanto para exigir el cumplimiento de sus derechos de refugiados como para lograr mecanismos de sobrevivencia económico-social en condiciones geográficas y culturales diferentes a las salvadoreñas. Muchos de ellos desarrollaron habilidades como trabajadores del mar, capacitación que ahora representa fuerza de trabajo especializada en esa rama y que puede contribuir al desarrollo económico del país.

Con respecto a la población de "Ciudad de Nueva Esperanza", su permanencia en Nicaragua, les permitió

conocer y vivir de cerca el proceso de la participación social desarrollado por el pueblo nicaragüense, que en algún grado incidió en el desarrollo de la modalidad y experiencia en participación social y en la red organizacional de esta población salvadoreña que convivió estrechamente con ese pueblo.

Al momento del presente estudio, en estas tres comunidades no se ha instalado el SILOS; pero están haciendo esfuerzos en ese sentido las autoridades regionales de salud y PRODERE/OPS.

La organización social desarrollada por esas tres comunidades consiste en una Junta Directiva constituida por un coordinador y un representante de sector o gremio: salud, educación, producción, desarrollo urbanístico, comercio, comunicación social; junta comunal; juventud, mujeres, relaciones internas y externas.

En este equipo se planifica lo que la Asamblea General Ampliada previamente decide cada 2 ó 3 meses; pero antes de la ejecución de acciones se vuelve a consultar lo planificado, con esa Asamblea, que además toma decisiones, evalúa y controla todos los programas, proyectos o planes desarrollados en la comunidad.

Estas comunidades desarrollaron en el exterior la organización y dinámica de participación social en todo el quehacer de ellas. En su inserción al interior del territorio salvadoreño, esta experiencia la han continuado y hasta el momento no existe presencia gubernamental en la estructura u organización social. Sin embargo coordinar con el gobierno algunas acciones socio-económicas.

Se considera importante establecer que no obstante cada comunidad vivió su propia realidad, tienen gran similitud en sus grados, modelos de participación social y red organizacional. Consecuentemente fue posible su comparabilidad y agrupación para el análisis; sus resultados son válidos sólo para el universo estudiado.

La población del municipio de La Reina pertenecientes al SILOS de Nueva Concepción Departamento de Chalatenango no tuvo que emigrar al exterior, pero algunos tuvieron que desplazarse dentro del país. Al momento del estudio en el

Caserío de San Antonio, que está a 4 km., se encuentra un asentamiento del Ejército Nacional para la Democracia (END), integrante del FMLN.

En cuanto a su organización social, se observó que tienen un Comité Intersectorial constituido por un representante de cada sector, gremio o institución, así : Alcaldía, Teléfonos (ANTEL), Educación, Agricultores, y agentes comunitarios de salud de los cantones o caseríos del área geográfica de influencia; se está considerando la participación de un representante de la guerrilla a mediano plazo.

Su funcionamiento está diseñado para asistir a las reuniones que la Unidad de Salud les convoca, para colaborar y apoyar en las acciones de salud, previamente planificadas en niveles superiores de salud o a nivel del servicio. Este comité no participa de la evaluación control y/o administración del servicio y/o programas de salud.

En cuanto a los principales problemas de salud, se identificaron (de mayor a menor importancia), las Infecciones Respiratorias Agudas; la Desnutrición, Parasitismo Intestinal, Gastritis, Artritis y Trastornos Psicológicos asociados con el conflicto bélico.

En relación a las principales características de los servicios de salud prestados localmente, se encontró que en las tres primeras comunidades estos servicios no tienen estructura oficial, sino son producto de la organización comunal con el apoyo de ONGs; únicamente en "Ciudad Segundo Montes" presta sus servicios un médico del MSPAS que cumple con el Servicio Social. En las tres existe un Comité de Salud; el horario de Servicios es de siete días a la semana las veinticuatro horas del día y tienen camas para la observación de pacientes.

El Municipio de La Reina pertenece al SILOS de Nueva Concepción, Depto. de Chalatenango, Región Central de Salud, cuenta con una Unidad de Salud y una Clínica del END en el Caserío San Antonio, ambos prestan atención a toda la población, se coordinan para la referencia y la contra-referencia y para el apoyarse mutuamente con medicamentos.



La Unidad de Salud atiende de 8am. a 4pm. de lunes a viernes, y posee una Sala del Cólera. La Clínica del caserío San Antonio, atiende los 7 días de la semana y las 24 horas del día; tiene un médico propio; y son visitados periódicamente por un médico y un laboratorista de OPS que permanecen por un mes; cuentan con el apoyo material de una ONG; prestan servicio de hospitalización para observación general, pre y post-parto.

En cuanto al tipo de personal, todos tienen médico, aunque en dos de ellas llega cada 15 días; únicamente en la clínica del Caserío San Antonio perteneciente al END, existe una enfermera graduada. El personal auxiliar de las instituciones no oficiales, es proporcionado por los promotores de salud de la misma comunidad, quienes a la vez desempeñan las labores administrativas e integran el Comité de Salud. En la Unidad de Salud de La Reina, el personal auxiliar lo componen: 1 enfermera auxiliar, 3 promotores de salud y 1 inspector sanitario; como personal administrativo tienen : 1 colectora, 1 responsable de farmacia y 1 ordenanza.

De esto se puede afirmar que las principales actividades productivas de la población, son de carácter agrícola y ganaderas. Y sus características socio-culturales, corresponden a esas actividades, con la excepción de tener estudiantes universitarios de tres de esas comunidades y en una de ellas están presentes miembros del END del FMLN.

En cuanto a las características de los servicios oficiales, se detectó que prestan consulta externa y tienen clínica del cólera. El horario es 8 horas/día y 5 días/semana. El personal sustantivo es un médico y una enfermera auxiliar. Tienen personal administrativo y de apoyo.

En los servicios no oficiales se determinó que prestan consulta externa, internado y tienen clínica del cólera. Trabajan las 24 horas del día y 7 días/semana. El personal sustantivo lo forma un médico permanente en dos de la comunidades y en las otras dos únicamente les visita cada 15 días. La clínica de END es la única que posee enfermera graduada. En las otras clínicas el servicio de enfermería, de apoyo y administrativo lo realizan los Promotores de Salud. (Ver Anexos).

## ANALISIS DE LAS POLITICAS DEL SISTEMA DE SALUD QUE FACILITAN LA PARTICIPACION SOCIAL.

Durante la presente investigación se encontró que la mayoría de los informantes claves, tanto de los niveles de conducción de los servicios como de los representantes de la comunidad, tienen una percepción divergente e inadecuada de la conceptualización de la participación social en salud.

En los diferentes niveles de conducción de los servicios de salud, se encontró que el personal percibe a la participación social en salud como:

"un proceso a través del cual el sector salud le da respuesta a la problemática de salud con direccionalidad institucional" (10%)

"como un involucramiento de los miembros de la comunidad para identificar los problemas y la solución a ellos " (20%)

" es un aporte a la salud preventiva" (20%)

"que el médico tiene que entusiasmar a la comunidad para que participe en la solución de los problemas de salud" (40%)

"informando a la comunidad de lo que esta pasando para resolver inmediatamente"(10%).

A nivel de los representantes de la comunidad, las percepciones fueron desde :

"participar en campañas de limpieza o de medidas preventivas"

"cuando la comunidad capta bien la inquietud del responsable de salud"

"venir a ayudar con ideas"

"la comunidad debe estar pendiente de la salud para no morir"

"asumir la responsabilidad de la salud, acercarse

mas a los problemas de salud con implicación de todos"

"todos los sectores programen y planifiquen junto al Comite de Salud"

"limpieza de las calles y el río"

"campañas de vacunación para evitar enfermedades infecto-contagiosas"

"es fomentar el desarrollo, la comunidad tiene acceso a conocimientos de salud"

"es un derecho y obligación de la población para su bien"

"ayudar mas a la clínica".

Como corolario de los conceptos sobre participación social en salud, se puede afirmar que en el personal de salud y a diferentes niveles de conducción; existen definiciones convergentes. Algunos circunscriben a la participación de la sociedad civil en salud, únicamente a la identificación y solución de la problemática de salud (75%); sin embargo, uno de los informantes claves de alto nivel de conducción afirmó que "la participación social en salud es la integración de todos los sectores sociales en la detección, planificación y ejecución de todas las actividades de salud" (25%).

En el terreno, y a través de la observación directa, se verificó que existen prácticas que demuestran que lo "declarativo y lo práctico" tiene su distancia; y que ésta no siempre es constante, aún en una misma comunidad.

Es importante señalar que el 57% de estos actores sociales institucionales entrevistados, nunca han sido capacitados en SILOS y Participación Social. Tienen interés en lo que es la participación social (100%), trataron de definirla (80%) sin poder llegar a ser coherentes atribuyéndolo a la falta de capacitación.

En relación a los informantes claves extramuros, sus definiciones fueron en torno a ejecución de acciones (90%); únicamente en dos casos (una representante del

sector mujeres y otra de educación = 10%), expresaron que era "dar ideas" y la otra que era "acceso a conocimientos de salud para avanzar", respectivamente. En estos dos casos se puede afirmar que la percepción de la participación social en salud, deja de limitarse a acciones para trascender al pensamiento y desarrollo de éste en salud; En cuanto a la procedencia de ellas, una pertenece a los repatriados asentados en "Ciudad Romero" y la otra en "Ciudad Segundo Montes".

Sobre a la existencia de políticas oficiales de participación social en salud y el grado de conocimiento de ellas; el personal de salud en su totalidad manifestó que existían (100%) y en cuanto al grado de conocimiento de ellas, unos se refirieron a las actividades diseñadas dentro de la Programación Local-8 (Programación de actividades con la comunidad =60%); otros a los SILOS (20%) y a los Programas y Campañas de Salud que el MSPAS tiene y desarrolla a nivel nacional (20%).

Se estableció que el personal de salud tiene conciencia de la existencia de las políticas oficiales de participación social en Salud (100%); pero hasta el momento que los miembros de la comunidad sólo son involucrados para la ejecución de acciones en salud (100%); no se conocen en su conceptualización e integralización al pensamiento estratégico como componente fundamental para la instalación de los SILOS.

Los actores sociales no institucionales manifestaron:

"Desconocer si existen las políticas oficiales de participación social"; otros negaron su existencia y otros dijeron "estar abandonados por el Ministerio de Salud"(40%).

Los que contestaron afirmativamente (60%) dijeron que:  
"las conocían porque la radio las difundía"

"porque el promotor de salud y la comunidad ejecutaban proyectos"

"a la comunidad llegan los de la malaria"

"que no conocían nada de ella pues no se les daba publicidad",

"hasta hace poco tiempo habían escuchado que existen y que estaban haciendo una propuesta para trabajar junto al MSPA con una ONG"

Otra fuente expresó conocerlas a través "del Plan de Reconstrucción Nacional"; y una más manifestó que la difusión oficial de ellas, era "únicamente para la incorporación de la comunidad a la ejecución de acciones."

Se evidencia que en la mayoría de las respuestas afirmativas hay percepción de la existencia de las políticas oficiales; pero al final se quedan en la realización de acciones como expresión de la existencia de las políticas oficiales de participación social en salud.

En relación al impacto en la población de la política de participación social en salud, el personal de salud a diferentes niveles de conducción, tuvo diversidad de opiniones; unos expresaron "se reflejaría en mayor cobertura de los programas y campañas, al tener que controlar epidemias", otros opinan que "no va a tener impacto porque el trabajador de salud no va a la comunidad", y otros que si va a tener impacto, porque se pretende que los SILOS sean un modelo aceptado en términos de eficacia y equidad; además de ser una táctica operativa de descentralización y desconcentración para involucrar la participación social"; otra opinión fue "cada miembro de la comunidad se muestra interesado en involucrarse e incorporarse a los proyectos".

Ante estas opiniones, se puede afirmar que las primeras están orientadas a la ejecución de acciones para mayor cobertura de los programas (80%), el resto parece, aunque sin mayor profundización conceptual, un cuestionamiento a la actitud del personal de salud (10%), incertidumbre por la complejidad y viabilidad de los SILOS (5%) y la posibilidad de poder involucrarse en proyectos (5%), sin especificar en que etapa o etapas de los mismos.

A nivel de los actores sociales de la comunidad, el 50% contestó afirmativo al impacto que la participación social tiene sobre la población; un 25% no contestó y el restante 25% contestó que no tenía impacto.

Se destaca la percepción de los informantes claves extramuros que contestaron afirmativamente así :

"asistencia a reuniones", "capacitación a promotores", "mejoría de los servicios de salud", "menos animales sueltos en la calle"; y en las comunidades donde reciben apoyo financiero y asistencia técnica por ONGs, el impacto lo expresaron de la siguiente manera: "porque ellos (ONGs) apoyan a la comunidad para resolver los problemas de salud, pero con la participación de sus representantes en todos los niveles".

En las primeras opiniones se refleja la dinámica tradicional de la participación social en salud, que se ha visto expresada en la presencia y participación de la comunidad en reuniones para recibir orientaciones sobre acciones en salud; por lo general van dirigidas a mejorar las condiciones higiénico-ambientales como el control de los animales domésticos para que no permanezcan en las calles, o mejoras en los servicios de salud y capacitación a promotores, acciones que de alguna forma contribuyen a mejorar los niveles de salud comunitaria y consecuentemente la población expresa: "agradecemos esto, por tener participación social en salud".

Respecto al impacto de las políticas de salud, en donde hay financiamiento y asistencia técnica de ONGs, los actores sociales no institucionales lo perciben a través "del apoyo que recibe la comunidad, pero con participación de sus representantes en diferentes niveles". Esto se pudo verificar durante la observación directa de una reunión Técnica de Salud, en donde los dos responsables de las Clínicas de la Comunidad participaron en la toma de decisiones, y la planificación e implementación del proyecto que se estaba discutiendo.

Alrededor de los obstáculos que limitan o dificultan las políticas de participación, los informantes claves del MSPAS consideraron que "en la comunidad existen factores culturales que no se pueden quitar u obviar o minimizar, (ej.: la religión), por el contrario, habría que buscar la forma de darle su espacio sin irrespetarles y procurando que apoyen al sector salud"; otros pensaron, que los obstáculos se debían a "que los servicios de salud y su personal no van a la comunidad"; "no se escucha al pueblo, no se le conoce". La superación de estos últimos

obstáculos se logra a través de "abrirse más hacia la comunidad o pueblo" (15%).

Otros obstáculos también percibidos por los informantes claves intramuros, es la falta de homogeneidad estructural regional y local de las instituciones, tanto públicas como privadas, que imposibilita su participación en esos niveles, en un buen porcentaje de éstos sus representantes solo están a nivel central, lo que hace difícil la coordinación intersectorial sobretodo a nivel local (9%).

Este obstáculo fue coincidentemente identificado por tres entrevistados más que manifestaron lo siguiente:

"la apatía de otros sectores del gobierno"; "la falta de coordinación intra-gubernamental"; "las autoridades locales no participan" (21%).

Estos argumentos van dirigidos a reconocer la falta de trabajo intersectorial, para resolver la problemática de salud; sin embargo únicamente un informante clave manifestó que el obstáculo era: "dada la situación económica, la población dedica la mayor parte de su tiempo para satisfacer sus necesidades económicas", y en cuanto a cómo superarlo, expresó "al superar la crisis económica" (10%).

En un 40% el personal de salud señaló la falta de recursos humanos, financieros y materiales que de forma permanente impiden o limitan la proyección social de la institución para obtener la participación social en salud.

Las opiniones de los actores sociales de la comunidad, respecto a los obstáculos que limitan o dificultan la participación social en salud y como superarlos, fueron:

"la falta de comunicación de los servicios a la comunidad"

"la falta de cumplimiento de las promesas del Ministerio"

"no desean que el pueblo conozca de sus planes en salud"



"no nos permiten participar porque hemos estado fuera del país por mucho tiempo"

"nunca han dejado libertad al pueblo, siempre le han frenado el intento de participar"

"ellos poco hacen, orientan pero no ayudan y la exigencia a la comunidad es mucha"

"la gente de la comunidad dispone de muy poco tiempo, porque debe trabajar para subsistir"

"falta de recursos humanos institucionales locales, facilitadores de la participación social"

"falta de conocimientos en salud por parte de la comunidad"

"no aceptan el desarrollo que hemos logrado nosotros solos, para resolver nuestros problemas de salud".

Se continúan las opiniones así: "la formación ideológica que fomenta el individualismo", "la falta de formación popular para integrar a la comunidad", "el miedo a que la gente vaya descubriendo conocimientos", "ven a la comunidad como otra gente ajena", "nos descuidan en nuestros derechos y necesidades".

En todas estas opiniones (100%), se reflejan necesidades políticas que según la misma comunidad se pueden superar así:

"estableciendo una mejor comunicación con la población", "cumpliendo lo prometido", "acercándose más unos a otros", "interesándonos más en los problemas de salud, todos", "que todas las comunidades tengamos participación", "tomando en cuenta a los repatriados, y no considerarlos un obstáculo", "siendo más inteligentes", "formando una buena organización comunal que defienda el derecho de participación del pueblo", "que las autoridades de salud no tomen actitudes de superioridad", "que estén más cerca de las cosas", "con mas frecuencia estén en el terreno", "hacer talleres con la comunidad para transmitirle conocimientos", "la



comunidad priorice sus "tareas", "que todos tengamos una mentalidad de cambio", "la practica de la democracia", "que cada uno sepamos que vamos a pedir", "hablando claro y directo con ellos", "que ellos tomen en cuenta los recursos humanos desarrollados por la comunidad".

Analizando estas opiniones, se afirma que todas son exigencias en torno a aperturas políticas, técnicas y administrativas institucionales hacia la comunidad, para generar confianza y fortalecer la participación social en salud (100%).

Para esta Dimensión de variable se determinó que el personal institucional define a la participación social en salud, de forma utilitarista en un 75%; mientras que la comunidad lo hace en mayor grado correspondiéndose a la práctica tradicional de la ejecución de acciones por parte de la comunidad.

Acerca del cumplimiento de las políticas oficiales de participación social en salud, el personal institucional respondió afirmativamente en un 100%, los actores sociales extra muros lo hicieron en un 60%

En cuanto al impacto de esas políticas, el mayor porcentaje se encontró en la ejecución de acciones, así: personal intra muros= 80% y actores sociales extra muros= 50%.

Alrededor de los obstáculos que limitan la aplicación de esas políticas, del total de informantes claves institucionales un 40% valoró que es la falta de recursos; mientras que los actores sociales extra muros consideraron que la exclusión política del pueblo para la participación social en salud, es en un 100%. (Ver Anexos).

Se destaca dentro de las valoraciones emitidas por los informantes claves del nivel comunitario el reconocimiento de otros actores sociales relevantes que han estado vinculados en el proceso de producción social en salud como el sector religioso (Iglesia Católica y Luterana) y partidos políticos (como el FMLN), lo cual según los informantes ha contribuido a desarrollar una "conciencia comunitaria" potenciadora de características

socio-culturales y psicológicas que actualmente favorecen la participación social en salud, en el contexto de los Acuerdos de Paz de Chapultepec, con lo que el espacio político se amplía para "construir en el país de origen y en un ambiente de paz" constiñuyéndose estos aspectos en factores facilitadores para el proceso de implementación de la participación social en salud en El Salvador.

#### CARACTERIZACION DE LOS ACTORES SOCIALES MAS RELEVANTES DE LA PARTICIPACION SOCIAL.

Dentro del personal de mayor nivel de conducción de los servicios de salud (33%), se encontró que la **caracterización de los actores sociales más relevantes** en la participación social en salud es en base al apoyo y ejecución de acciones en salud; por orden de mayor a menor fue la siguiente : Ministerio de Educación, Fuerzas Armadas (Batallón de Sanidad Militar y Comandancia Departamental), Alcaldía, Gobernación Política, Iglesia Católica, Diputados; ONGs, PRODERE, Ministerio de Agricultura y Club Rotary Internacional.

Este mismo personal consideró que existen otros actores sociales dispuestos a tener participación social en salud, los cuales son : El Ministerio del Interior y el Ministerio de Planificación.

A nivel intermedio y local (66%), hay coincidencia en que el orden es el siguiente: sector de educación; Alcaldía; Gobernación, sector de servicios como teléfonos (ANTEL), Acueductos (ANDA), Iglesia Católica; organismos locales de saneamiento, clubes pro-mejoramiento local, ejército; Boy Scouts, Comites de Emergencia Departamentales. Caracterizando a todas estas instituciones y organizaciones como activas, con representatividad o prestigio entre la población, porque prestan habitualmente apoyo a los servicios de salud y siempre están dispuestas a darlo.

En los tres niveles de conducción se detectó que la participación social en salud es para la ejecución de acciones en salud (100%), no existe incidencia de los diferentes actores sociales en la estructura del servicio de salud. La intersectorialidad se percibe como "la presencia de todos los actores en la ejecución de acciones".

Se determinó que en las reuniones de Consejos Intersectoriales, el MSPAS en mediano grado ejerce su papel de liderazgo y facilitador (45%), limitado por la polarización política. Esta misma explicación puede aplicársele al mediano impacto de la intervención del representante de la comunidad (50%), el restante 5% fue ocupado por los otros actores sociales.

Los informantes claves a nivel de la comunidad identificaron (de mayor a menor representatividad) a : Educación, Comunicación Social, Junta Directiva de la Comunidad, Organización de Mujeres, Comité de Desarrollo Urbano, Comité de Producción, Organización Juvenil, Pastoral, Comisión de Derechos Humanos y Comité de Relaciones Externas e Internas.

Caracterizándolas de la siguiente manera : las que prestan habitualmente apoyo al servicio de salud : Educación, Desarrollo Urbanístico y Junta Comunal; y las que están dispuestas a prestar apoyo al sector salud : La Iglesia Católica y Comunicación Social (30%). Algunos informantes claves, estas caracterizaciones no las hicieron y consideraron que " todas sus organizaciones de base, tienen igual prestigio, prestan habitualmente apoyo a la clínica y estarían dispuestas a prestar apoyo al servicio de salud"; tan es así que expresaron "todos coordinan para brindarle apoyo a la Clínica" (70%).

Esta última afirmación, se logró percibir como una realidad en las comunidades que se desarrollaron socialmente para poder sobrevivir en la década pasada. Tienen una red organizacional de la comunidad, elemento facilitador de la intersectorialidad local, y al momento del presente estudio representa una modalidad que permitirá el desarrollo y fortalecimiento de los SILOS. Esta situación se confirmó en la observación directa de las reuniones intersectoriales en los asentamientos de refugiados.

Se determinó que del total de informantes claves institucionales en un 33% que corresponden al primer nivel de conducción, coincidieron en que la clasificación de los actores sociales mas relevantes en la participación social en salud, de mayor a menor, es así: Educación, FF. AA., Alcaldía, Gobernación, Iglesia Católica, Diputados y ONGs.

En un 66% del total de los informantes claves institucionales, que corresponden al nivel intermedio y local, respondieron que la clasificación es la siguiente: Educación, Alcaldía, Gobernación, Teléfonos (ANTEL), Acueductos y Alcantarillados (ANDA), Iglesia Católica y Boy Scouts.

A nivel de la comunidad todos respondieron en un 100% que la clasificación es la siguiente: Educación, Comunicación Social, Junta Directiva, Mujeres, Desarrollo Urbanístico, Producción, Jóvenes y Pastoral (Iglesia Católica).

Se logra identificar que tanto para los actores sociales intra como extra muros, el sector Educación es el que ocupa el primer lugar como actor relevante en participación social en salud por lo que debe ser considerado en la implementación de estrategias para el impulso de la participación social.

Para los informantes claves institucionales, la intersectorialidad en un 100% es percibida como la "ejecución de acciones"; mientras que para los actores sociales extra muros, en un 70% se percibe como forma de coordinación para apoyar al servicio de salud local en las propias comunidades. (Ver Anexos).

#### IDENTIFICACION DE LAS INSTANCIAS DE PARTICIPACION SOCIAL Y SUS MECANISMOS DE FUNCIONAMIENTO, POR NIVELES DE CONDUCCION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

1.- A nivel de la Dirección Regional de Salud se consideró que se han hecho **cambios organizativos en los servicios de salud**, los cuales fueron descritos como: "el médico de año social se involucra en los consejos intersectoriales", "la institución es responsable de articular y coordinar la intersectorialidad".

Se observa que los cambios son extramuros (100%), porque cambia la función del personal médico de salud fuera del establecimiento, en tanto se involucre en la persuasión, consenso y convencimiento de los sectores en la participación social en salud. No existen cambios intra-institucionales en la estructura, las funciones, ni los objetivos.

En cuanto a la **formación de comités o consejos** para la promoción de la participación social, la institución se ha involucrado en la conformación de los Comités de Salud y los Consejos Intersectoriales, en las zonas donde se están instalando los SILOS. Mediante la observación directa de una reunión intersectorial, se afirma que los mecanismos de participación social inician su desarrollo, aunque no hay presencia de todos los actores sociales no institucionales.

Los **acuerdos entre los servicios y las agrupaciones sectoriales**, de alguna manera se reflejan en : "la elaboración de los estatutos para el Comité Intersectorial de Nueva Concepción"; "los planes de trabajo del SILOS de La Libertad"; "el convenio tripartito (Alcaldía, comunidad y Salud), en el Municipio de Jicalapa"; y "la personería jurídica del Consejo Intersectorial del Hospital San Rafael, que todavía se encuentra en gestiones en la Asamblea Legislativa". En esta instancia se percibe que los esfuerzos que se hacen para la participación social en salud, son significativos (25%); pero que deben profundizarse, ampliarse y promoverse para el fortalecimiento de este componente de los SILOS.

Además se estudió, la presencia intramuros de la participación social en salud, a través de las **"quejas de los usuarios"**, mecanismos para hacerlos, opinión sobre el posible apoyo a los servicios por parte de agentes tradicionales de salud; detectándose que las "quejas" son sobre "relaciones interpersonales, inaccesibilidad geográfica y económica a los servicios" y la realización de estos reclamos es interpretada como "la fuga del paciente de los programas" (35%); "las expresiones de disgusto de los pacientes en los pasillos" (40%) ó "directamente al médico ó enfermera en la consulta" (15%); "en charlas grupales en los establecimientos" (5%); ó "en visitas domiciliarias" (5%).

En cuanto al **posible apoyo de los agentes tradicionales de salud a los servicios**; las opiniones fueron : "deben tener apertura, al evaluar las practicas de ellos que puedan tener efecto positivo o que puedan incidir en el Sistema Oficial de Salud". Al analizar la canalización de las "quejas" de los usuarios y el posible apoyo de los agentes tradicionales a los servicios de salud, se

detectó que no se han establecido mecanismos ágiles y directos para oír las dificultades que la gente manifiesta, y su incidencia con opiniones sobre los servicios, (90%); en cuanto a la utilización de la fuerza de trabajo de los agentes tradicionales de salud, se detectó que se tiene espacio limitado y condicionado al mejoramiento de sus conocimientos técnicos (70%).

Sin embargo hubo opiniones que no aceptan la participación de estos agentes dentro de los servicios de salud, porque en algunas ocasiones los honorarios que cobran son muy altos; o se aprovechan de la confianza de la población y dan atención a enfermedades por ellos desconocidas, poniendo en peligro la vida de los pacientes (30%).

2.- A nivel del Coordinador del SILOS, se afirmó que hay cambios organizativos del servicio; pero no fueron determinados, únicamente se planteó la "incongruencia que se presenta al retirar personal para la producción de servicios" (Tomar en cuenta que se estudió únicamente un SILOS).

En cuanto a los acuerdos, manifestó : "no hay acuerdos formales", "existen compromisos con el Comité Intersectorial para formar los SILOS". Estas afirmaciones lo que reflejan es la ausencia en ese nivel de conducción, de cambios intra y extramuros, para la participación social en salud, lo cual se manifiesta también en la forma en que la población canaliza sus "quejas" respecto a la calidad de atención en salud, y a la poca aceptación de los servicios de salud que prestan a la comunidad los agentes tradicionales, quienes se afirmó que "desarrollan una labor social, pero entorpecen la prestación de servicios adecuados"; sin que tuvieran espacios aún limitado y/o condicionado a su capacitación técnica.

3.- En el primer nivel de producción de servicios, se considera que si hay cambios organizativos del servicio para la participación social en salud y son descritas como "Asambleas con la comunidad para evaluación"; en cuanto a que si a ese nivel se han formado comités o consejos para la promoción de la participación social en salud, la respuesta fue positiva: "Comité de Salud en cuatro cantones". Respecto a la suscripción de convenios o acuerdos del servicio con alguna agrupación, se mani-



festos: "se realiza la referencia y contra-referencia de pacientes con el campamento guerrillero cercano". La población "canaliza sus reclamos expresándoselos directamente al médico", y respecto a los servicios prestados por los agentes de salud de la comunidad son "aceptados y se deben coordinar esfuerzos".

En esta información, se detecta que únicamente se han iniciado cambios extramuros; pero que se tiene alguna intencionalidad de incidencia de la comunidad intrainstitucionalmente, al realizarse reuniones de evaluación del servicio con la comunidad.

En relación a las instancias intrainstitucionales para participación social los informantes claves de los tres niveles de conducción coincidieron en afirmar que estos han sido únicamente la formación de "Consejos intersectoriales" o "Comités de Salud" en los sitios donde se están implementando los SILOS.

En cuanto a los mecanismos de los usuarios para incidir en los servicios de salud los informantes de los tres niveles de conducción identificaron los "abandonos de programas" como forma de protesta igual que "reclamos" al médico o enfermera y durante las "visitas domiciliarias".

Respecto a la aceptación del involucramiento de Agentes comunitarios con los servicios de salud, sobresale un "rechazo" de los mismos en los informantes del Segundo nivel de conducción en un 95 %, mientras que en el Primer Nivel y en el local este rechazo se presenta en el 60 % y 45 % respectivamente por lo que deben considerarse estrategias para una mayor toma de conciencia en los distintos niveles de la importancia del involucramiento de dichos Agentes comunitarios para potenciar las capacidades locales de respuesta a los problemas de salud optimizando los recursos a través de la participación social. (Ver Anexos).

Para la valoración de los **niveles de participación social general**, se asistió a reuniones de Comites de Salud y de Consejos Intersectoriales; de la observación directa se pudo determinar que cada localidad tiene su propia composición de estratos sociales y sus propias experiencias de participación social en salud, ante esta complejidad de factores sociales, se considera oportuno

reconocer que en algunas áreas se observó la intersectorialidad en alto grado; con mecanismos de participación sectorial flexibles / amplios, que faciliten el desarrollo de las reuniones de los Comites de Salud y de los Consejos Intersectoriales; a su vez el grado de desarrollo organizativo de la comunidad es determinante; la polarización política está en un grado medio tendiendo a ser bajo. El nivel de participación en general, es alto pero sin estar en su máxima ponderación, aunque puede llegar a serlo en tiempo cercano, por lo que se considera necesario darle seguimiento como modalidad que facilite la participación social en salud.

En esa misma localidad los resultados generales de la reunión intersectorial se valoraron en alto grado, dado que se cumplió con el objetivo de la convocatoria, el impacto de la intervención del representante de la comunidad sin llegar a ser el mayor, es altamente ponderado; por otra parte la capacidad de convocatoria, persuasión y concertación de las autoridades locales necesita desarrollarse.

En otra zona donde no hay presencia del MSPAS, la intersectorialidad no puede ser evaluada pues la institución esta ausente en las reuniones de Comites de Salud o en los de Consejo Intersectorial; el actor social "ajeno" a la comunidad es la ONG que les apoya financieramente y con asistencia técnica; esto no permite observar el grado de polarización política, ni la capacidad de convocatoria, persuasión y concertación del MSPAS. Si se puede observar el cumplimiento de la convocatoria, pudiéndose afirmar que si se logró; el grado de desarrollo organizativo es alto; los resultados generales se pueden graduar en altos; pero se hace difícil poder ponderar el nivel de participación social general, por la ausencia del actor social principal que es el MSPAS.

En otra comunidad con similar desarrollo y experiencia social; que provienen de Panamá, se conoció de la reunión con el Alcalde del Municipio a que pertenecen y se pudo constatar que el grado de polarización es muy bajo; el impacto de la participación del representante de la comunidad fue alto; los mecanismos de participación facilitaron el desarrollo de la reunión. Los resultados generales (a pesar de no ser una reunión del sector salud) fueron altos, pues para los aspectos generales y



los de salud tratados, se acordó darles solución integral de acuerdo a las solicitudes de la comunidad a través de su representante.

En la localidad cercana a la concentración guerrillera, el Consejo Intersectorial y el Comité de Salud, no tienen representante del END; por lo que no tienen espacio para la participación social en salud. Sus niveles de presencia en los servicios de salud se limitan en la calidad de atención y exclusivamente en el cumplimiento del atributo de la continuidad, referencia, contrarreferencia y coordinación para el intercambio de medicamentos, según se presente la necesidad. Lamentablemente no se pudo asistir a ninguna de sus reuniones, por la dinámica de las mismas.

De las observaciones realizadas a las Reuniones Intersectoriales se identifica un grado alto de desarrollo en los aspectos analizados en el estudio en que se incluyen todos los sectores presentes localmente (intersectorialidad) y grado de desarrollo organizativo de la comunidad; Seguimiento de mecanismos de participación sectorial con resultados generales positivos e impacto de la intervención de los representantes comunitarios en los acuerdos de las reuniones intersectoriales. Se destaca que los aspectos de polarización política se identifica en un grado menor así como la capacidad de convocatoria del MSPAS. Estos aspectos expresan un funcionamiento de las instancias intersectoriales que facilitan la profundización de los procesos de participación social a través de estrategias particulares orientadas al fortalecimiento de dichas instancias. (Ver Anexos).

#### ESTABLECIMIENTO DE LAS PRINCIPALES AREAS DE PARTICIPACION SOCIAL, SU IMPACTO EN LOS SERVICIOS, PROGRAMAS, EN LA COMUNIDAD MISMA Y EN LA SALUD DE LA POBLACION.

A nivel de la conducción de los servicios, se determinó que en un 75% del personal considera que si hay participación social en salud en la programación de actividades, pero "únicamente son preventivas y no en todos los establecimientos de salud".

En la **ejecución de acciones**, la participación social es "un 100% y únicamente son extramuros y de prevención". Para la evaluación de servicios y programas, un 50% del personal de conducción en salud, dijo que había participación social; un 25% manifestó "que no la había porque esa actividad, solo le compete al personal de salud" y el restante 25% dijo que no había participación social pero no explico el porque.

En relación a la **administración del servicio de salud**, la participación social no esta presente pues "la institución absorbe esa área"; solo le compete al nivel interno del Servicio". Ante las anteriores percepciones de las áreas de participación social, se puede establecer, que no hay incidencia intramuros de los sectores que conforman la sociedad civil en la gerencia de los servicios de salud (100%).

Relacionado con el **posible impacto de la participación social en salud en los servicios, programas, comunidad y niveles de salud de la población**, el personal de salud regional, valoró que la participación social tendría efectos sobre el modelo de atención, mejoraría la red de servicios y el nivel de educación para la salud. Además en los programas se priorizaría mejor los tratamientos, habría mejor evaluación de los factores de riesgo (60%).

El **efecto sobre la comunidad** se reflejaría en la mejor coordinación intersectorial; y se incorporarían otros sectores que la polarización política les separa del sector salud (ej.: guerrilla, arzobispado). Sobre el nivel de salud de la población, se vería mejorado por la apertura de algunos establecimientos de salud que por efecto de la guerra están cerrados, y "el acercamiento entre la comunidad y las autoridades regionales permitiría mejorar la producción de servicios"(40%).

A **nivel del jefe del SILOS**, se percibe el efecto de la participación social en los servicios como "directo y en todos los niveles"; en los programas permitiría "la priorización de grupos de riesgo"; en la comunidad en general el efecto sería "integral"; el nivel de salud de la población tendría "más salud"(100%).



Otra opinión que se colectó fue la de los **jefes de los servicios de 2o. nivel de atención**, los cuales expresaron que, la participación social impactaría en los servicios "en la educación que es la base de la salud"; en los programas, "mejorarían en un 100%"; en la comunidad "mayor confianza en los servicios"; en la salud, "mejoraría la educación en salud para la población".

Analizando estas percepciones se puede establecer que, aunque las opiniones difieren; son complementarias y van orientadas a un real fortalecimiento de los SILOS, a través de la participación social en salud.

Al estudiar las opiniones de los **otros actores sociales no institucionales**, sus percepciones sobre las áreas de participación social en los servicios oficiales, en un 99% perciben que únicamente en la ejecución de acciones existe participación social en salud; pues únicamente se les ha permitido participar en la programación o evaluación alrededor de programas de prevención como "el cólera, para la limpieza de las calles". En lo administrativo no existe posibilidad de participar "pues a ellos se les destina su propio presupuesto", "no permiten que la gente sepa como administran el dinero"; "no quieren que el pueblo sepa de las donaciones".

Estos mismos actores sociales, perciben las áreas de participación social en los Servicios que la propia Comunidad ha implementado, como: "estar presentes en la programación, ejecución, evaluación y administración", pues se sienten representados por sus coordinadores de comités, sectores o gremios que participan planificando, organizando y administrando los servicios de salud; además de que tienen instancias comunales como las Asambleas o el mismo Comité de Salud, donde la gente de la comunidad puede incidir directamente en las decisiones, para gerencia del servicio de salud, además de que durante cualquier etapa de esa gerencia, la comunidad, tiene mecanismos de participación social.

Analizando estas dos posiciones de la población a partir del origen del proveedor del servicio de salud, se confirma la premisa de que el involucramiento global, aun indirecto, de la población desde la implementación hasta la administración del servicio, le permite tener confianza en los que están directamente ejerciendo esa

responsabilidad de programar, evaluar y administrar, pareciera que se acorta la distancia entre proveedor y beneficiario.

Por lo anterior estos actores sociales extramuros, consideran muy positivo el efecto ó impacto de la participación social en salud cuando el servicio de salud es parte de la comunidad; pues en la organización de él, ellos han participado y han elaborado programas y han podido observar que a nivel de la comunidad el efecto es "la mejoría de las condiciones de salud"; "mejora de la calidad de vida de la población para elevar el rendimiento de la población en el trabajo diario" (100%).

Al analizar las principales áreas de participación social resalta que tanto a nivel del Jefe del SILOS y de los informantes de la comunidad en el 100 % de los casos se percibe que la participación social se expresa solamente en el área de "ejecución de acciones en salud", mientras que el Primer nivel de conducción se considera hasta un 75 % que se da participación en los procesos de programación de las actividades. Se destaca la percepción de parte de los informantes que la participación social tiene un impacto positivo a nivel de los servicios de salud, sin embargo el impacto a nivel de la salud de la comunidad solamente es percibido por los informantes de la propia comunidad. (Ver Anexos).

Estas aseveraciones confirman la necesidad de dar el espacio técnico, político y administrativo a la comunidad, a través de sus representantes, en dependencia de la actividad o labor a realizar dentro de la gerencia de los servicios de salud, para que la comunidad practique la participación social en salud, en base a criterios de la práctica de la democracia participativa en todo el quehacer de la sociedad civil, particularmente en salud.

## VIII.- CONCLUSIONES

1. No hay una **conceptualización** uniforme y clara sobre lo que es la **participación social en salud** tanto entre los actores sociales institucionales como no institucionales.
2. Se evidencia un vacío que existe en cuanto al conocimiento de las **políticas oficiales** de participación social en salud, tanto entre el personal de salud, en la comunidad y sus representantes y de otros sectores o gremios.
3. La existencia de factores culturales, la falta de homogeneidad estructural de las instituciones públicas y privadas regionales y locales, la apatía y falta de coordinación de los otros sectores gubernamentales, y la falta de Atención Técnico- Material y Recursos Humanos en los servicios, constituyen los **principales obstáculos** que limitan la aplicación de las políticas de participación social en salud según la percepción de los actores institucionales.
4. La falta de comunicación institucional hacia la comunidad, el no cumplimiento de las promesas oficiales y la falta de tiempo de la comunidad porque tiene que cumplir con sus labores que le permiten sobrevivir son los **principales obstáculos** expresados por los informantes claves no institucionales.
5. Se considera al sector de educación, seguido de las autoridades locales, comunicación social e iglesia, como los actores sociales más representativos y que habitualmente prestan apoyo al servicio de salud teniendo **características generales homogéneas** en cuanto a la participación social.

6. En cuanto a las instancias y mecanismos de funcionamiento de la participación social en salud, no se encontraron cambios organizativos institucionales internos que la fortalezcan.
7. Las principales áreas de participación social en salud, que existen en las actividades de gerencia de los servicios del sector, no tienen espacios para la participación social, pues la población únicamente tiene participación en la ejecución de las acciones.
8. La existencia de servicios de salud como producto del esfuerzo de la comunidad está asociado con un alto grado de organización que le permite la autogestión y desarrollo de la experiencia de intersectorialidad para la solución de la problemática de salud.

## IX RECOMENDACIONES

1. Propiciar un Encuentro Nacional de las autoridades del MSPAS y OPS/OMS con todos los sectores y fuerzas sociales involucradas y/o interesadas en el sector salud, para la unificación de concepto, mecanismos y espacios para la participación social en salud.
2. Institucionalizar la participación social en salud, a través de la creación del área de participación social en salud dentro del MSPAS, con su programa que permita darle seguimiento, monitoreo y evaluación a la recomendación No 1. A su vez promover reuniones regionales y/o locales.
3. Legislación de la participación social en salud en El Salvador.
4. Organizar los Consejos Intersectoriales y/o los Comités de Salud y poner en marcha un plan de acción en todos los niveles en donde sea necesaria e importante la participación social en salud.
5. Implementar un Programa de Educación Permanente sobre participación social en salud, dirigido a los miembros Equipos de Conducción de los SILOS; de los servicios locales de salud y a todos los actores sociales extramuros involucrados en salud, para que desarrollen sus capacidades de gestión a través del conocimiento de la Administración Estratégica en Salud localmente.
6. Analizar las diferentes modalidades de participación social en salud intrainstitucional, intersectorial y a nivel de la misma comunidad, en seminarios-talleres en todo el territorio nacional.

7. Asesoría técnica a los diferentes actores sociales involucrados en salud para la búsqueda de financiamiento de la salud con fondos extra-presupuestarios.
8. Donde no existan, organizar los Comités o Consejos Técnicos de los servicios de salud y fortalecerlos en sus funciones y acciones.
9. Definición y práctica de la gestión conjunta de los servicios de salud por el personal de salud y los representantes de la comunidad, a través de un Programa de Educación Permanente que incluya la Administración Estratégica Local.

#### Bases para la salud de la comunidad

10. Elaboración del marco de referencia del nivel de salud de la comunidad a través de seminarios-talleres.
11. Trabajos de proyección social de las unidades formadoras de recursos humanos en salud, a través de investigaciones de los niveles de vida locales.
12. Intercambio de experiencias en la capacitación de promotores de salud, tanto institucionales, como comunitarios y/o ONGs, a través de seminarios-talleres.
13. Facilitar asesoría técnica para el fortalecimiento de los proyectos comunitarios integrales.
14. Desarrollo de los Sistemas Locales de Información en Salud, para que lo lleven a cabo las comunidades con métodos no convencionales.



### Participación social en los SILOS

15. Intercambio de experiencias sobre trabajos de salud comunitaria y/o participación social en salud, elaborados por las unidades formadoras de recursos humanos en salud.
16. Investigación permanente sobre participación social en salud en las comunidades donde se haya desarrollado exitosamente esa participación, realizada por las unidades formadoras de recursos humanos en salud.
17. Dar a conocer a nivel nacional, las experiencias de participación social en salud que permitan a las otras comunidades orientarse en lo organizativo, lo epidemiológico y en la mejoría de la calidad de vida.
18. Realizar un Encuentro de Agentes Comunitarios de Salud, particularmente de Promotores de Salud, a nivel nacional.
19. Investigar, reconocer y sistematizar los conocimientos y prácticas comunitarias de Medicina Alternativa que de alguna manera son formas de participación social en la solución de los problemas de salud de la misma comunidad.

X. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Cardaci, Dora. Atención Primaria de Salud y participación Comunitaria en los países de Centro América y Panamá. Guatemala, UNICEF, 1988. pp 18-24.
- 2.- Juárez Díaz, Ligia. Et al. La participación social para el fortalecimiento de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud. Managua, Nicaragua, Ministerio de Salud, 1992. 21p.
- 3.- Nirenberg, Olga; Perrone, Nestor. Organización y gestión participativa en los Sistemas Locales de Salud. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana de Salud. Vol. 109. Nos. (5 y 6). Washington. Noviembre-Diciembre 1990. pp 474-487.
- 4.- Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud: Análisis de Experiencias. Washington, 1990. Washington, 1990. 320p. (SILOS-8).
- 5.- ----- Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud: La participación social. Estudio de casos. Washington, 1990. Washington, 1990. 25p. (SILOS-7).
- 6.- ----- Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud: La participación social. Washington, 1990. Washington, 1990. 38p. (SILOS-3).

- 7.- Paganini, José María; Capote Mir, Roberto. Los Sistemas Locales de Salud: Conceptos, Métodos, Experiencias. Washington, 1990. pp 668-698. (Publicación Científica No.519).
- 8.- Paganini, José María. Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos Métodos Experiencias. Sistemas Locales de Salud. Un nuevo Modelo de Atención. Washington 1990. 50p. (Publicación Científica No. 519)
- 9.- El Salvador. Constitución con sus reformas. El Salvador, San Salvador, 15 de diciembre de 1983. pp 16-17.
- 10.- El Salvador. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memorias 1990-1991. El Salvador 1991. 65p.
- 11.- ----- Plan Nacional de Salud de El Salvador. 1991 - 1994. San Salvador, 1991. 31p.
- 12.- -----Programación Local. Manual Operativo. La Participación de la Comunidad.El Salvador 1991-1992. 9p.
- 13.- Yin, R. K. Case Study Research. Beverly Hills, California, Sage,1989. p 23.

## XI. ANEXOS

- 1.- Principales datos de la Red de Servicios y Recursos Humanos de las Regiones de Salud que contienen las áreas geográficas de estudio.
- 2.- Guía de caracterización del contexto.
- 3.- Guía para la observación directa de las reuniones de Consejos y/o Comités.
- 4.- Cuestionarios para entrevistar a informantes claves.
  - 4.1 Aplicado a médicos o enfermeras con cargos de conducción de los servicios de salud. Recogió las percepciones de las cuatro dimensiones de la RS.
  - 4.2 Aplicado a representantes y/o miembros de UNBS nacionales o extranjeras responsables de producción de servicios de salud socialmente. Recogió las percepciones propias de estos actores sociales de las 4 dimensiones de la participación social en salud.
  - 4.3 Aplicado a los actores sociales no presentes en los estratos anteriores, como líderes comunales, los representantes de otros sectores (maestros, religiosos, sindicalistas, alcaldes, representantes de la cultura, etc).
- 5.- Matrices de Categorías para el Análisis de la Información colectada.
- 6.- Mapa de El Salvador. Zonas seleccionadas.



## ANEXO #1

### Principales datos de la Red de Servicios y Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud de El Salvador.

Las Regiones de Salud que contienen  
las áreas geográficas de estudio.

Para fines de conocer la relación población/red de servicio y recursos humanos, se dan los datos poblacionales totales y de las regiones Central y Oriental que son objeto del presente estudio:

|           | Reg. Central % |    | Reg. Oriental % |    | Total Nacional |
|-----------|----------------|----|-----------------|----|----------------|
| Población | 678.931        | 13 | 1,263.527       | 24 | 5,251.678      |

FUENTE: Memoria 1990-1991. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

#### 1.1 Red de servicios

Administrativamente, el Sistema de Salud tiene 5 regiones; Metropolitana, Central, Para-central, Occidental y Oriental.

Cada región tiene: hospitales, centros de salud, unidades de salud, puestos de salud, puestos comunitarios, dispensarios de salud, que institucionalmente se les llama establecimientos de salud.

Se detalla esta red de las regiones Central y Oriental que contiene las áreas geográficas objeto del presente estudio. Se incluye los datos de esta red a nivel nacional.

| Establecimientos de Salud | Reg. Central % |      | Reg. Oriental % |      | Total Nacional |
|---------------------------|----------------|------|-----------------|------|----------------|
| Hospitales                | 2              | 13.3 | 2               | 13.3 | 15             |
| Centros de salud          | 1              | 6.6  | 7               | 46.6 | 15             |
| Unidades de salud         | 26             | 19.7 | 40              | 30.3 | 132            |
| Puestos de salud          | 20             | 11.5 | 55              | 31.6 | 174            |
| Puestos comunitarios      | 0              | 0    | 0               | 0    | 44             |
| Dispensarios de salud     | 0              | 0    | 4               | 57.1 | 7              |

FUENTE: Memoria 1990-1991. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

## 1.2 Recursos Humanos

Para fines del estudio, unicamente se usan las cifras de médicos y enfermeras.

|            | Reg. Central % |      | Reg. Oriental % |      | Total Nacional |
|------------|----------------|------|-----------------|------|----------------|
| Médicos    | 230            | 10.8 | 367             | 17.8 | 2137           |
| Enfermeras | 377            | 8.3  | 883             | 19.6 | 4547           |

FUENTE: Memoria 1990-1991. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

ANEXO 02

## GUIA DE CARACTERIZACION DEL CONTEXTO

1. Lugar: \_\_\_\_\_

### Datos Geo-demográficos y del servicio salud

2. P o b l a c i ó n g e o g r á f i c a \_\_\_\_\_

3. Area geográfica de influencia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. P o b l a c i ó n t o t a l d e l á r e a d e influencia \_\_\_\_\_

5. Principales actividades productivas de la población:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

6. Características socio-culturales de la población.

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_

GUIA DE CARACTERIZACION DEL CONTEXTO

Lugar: \_\_\_\_\_

7. Principales problemas de salud (en orden de mayor a menor importancia)

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

8. Principales características de los servicios prestados de salud.

Consulta externa: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Consulta/día \_\_\_\_\_

Internado: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Consulta/día \_\_\_\_\_  
(Promedio)

9. Días y horas de atención:

|           | Horario: |
|-----------|----------|
| Lunes     | _____    |
| Martes    | _____    |
| Miercoles | _____    |
| Jueves    | _____    |
| Viernes   | _____    |
| Sábado    | _____    |
| Domingo   | _____    |

10. Tipo de personal:

| Profesional | Cantidad |
|-------------|----------|
| _____       | _____    |
| _____       | _____    |
| _____       | _____    |
| _____       | _____    |



| Auxiliar | Cantidad |
|----------|----------|
|          |          |
|          |          |
|          |          |
|          |          |

| Administrativo | Cantidad |
|----------------|----------|
|                |          |
|                |          |

ANEXO #3

Guía para la observación directa de reuniones.

1.- Fecha \_\_\_\_\_ 2. Hora \_\_\_\_\_ 3. Lugar \_\_\_\_\_

4.- Tipo de reunión \_\_\_\_\_

5.- Sectores: Involucrados (1). Presentes (2)

|                              |         |                          |         |
|------------------------------|---------|--------------------------|---------|
| Ministerio de Salud          | ( ) ( ) | Trabajadores de salud    | ( ) ( ) |
| Grupo de Mujeres             | ( ) ( ) | Instituciones formadoras | ( ) ( ) |
| Min de Educación             | ( ) ( ) | Policia/Ejercito         | ( ) ( ) |
| ONGs prod. de Serv de Salud  | ( ) ( ) | ONGs financieras         | ( ) ( ) |
| Org. Internac. Financiadores | ( ) ( ) | MAG                      | ( ) ( ) |
| ANDA                         | ( ) ( ) | Sindicatos               | ( ) ( ) |
| Organización Comunal         | ( ) ( ) | Alcaldía                 | ( ) ( ) |
| Organizaciones Políticas     | ( ) ( ) | Otros                    | ( ) ( ) |

6.- Objetivo de la convocatoria:

-----  
-----  
-----

7.- Mecanismos de participación.

-----  
-----  
-----

8.- Que impacto tiene la intervención del representante de la comunidad?.

|   |       | Bajo  |       | Medio |       | Alto  |       |       |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|   | 1     | 2     | 3     | 4     | 5     | 6     | 7     | 8     |
| 9 | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- |

Explicación:-----  
-----  
-----

9.- Grado de desarrollo organizativo de la comunidad.

|   |       | Bajo  |       | Medio |       | Alto  |       |       |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|   | 1     | 2     | 3     | 4     | 5     | 6     | 7     | 8     |
| 9 | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- |

Explicación:-----  
-----  
-----

10.- Grado de polarización política.

|   |                   | Bajo |   | Medio |   | Alto |   |   |
|---|-------------------|------|---|-------|---|------|---|---|
|   | 1                 | 2    | 3 | 4     | 5 | 6    | 7 | 8 |
| 9 |                   |      |   |       |   |      |   |   |
|   |                   |      |   |       |   |      |   |   |
|   | Explicación:----- |      |   |       |   |      |   |   |
|   | -----             |      |   |       |   |      |   |   |
|   | -----             |      |   |       |   |      |   |   |

11.- Capacidad de convocatoria, persuasión y concertación de las autoridades sanitarias locales.

|   |                   | Bajo |   | Medio |   | Alto |   |   |
|---|-------------------|------|---|-------|---|------|---|---|
|   | 1                 | 2    | 3 | 4     | 5 | 6    | 7 | 8 |
| 9 |                   |      |   |       |   |      |   |   |
|   |                   |      |   |       |   |      |   |   |
|   | Explicación:----- |      |   |       |   |      |   |   |
|   | -----             |      |   |       |   |      |   |   |
|   | -----             |      |   |       |   |      |   |   |

12.- Nivel de PS general.

|   |                   | Bajo |   | Medio |   | Alto |   |   |
|---|-------------------|------|---|-------|---|------|---|---|
|   | 1                 | 2    | 3 | 4     | 5 | 6    | 7 | 8 |
| 9 |                   |      |   |       |   |      |   |   |
|   |                   |      |   |       |   |      |   |   |
|   | Explicación:----- |      |   |       |   |      |   |   |
|   | -----             |      |   |       |   |      |   |   |
|   | -----             |      |   |       |   |      |   |   |

13.- Resultados generales.

|   |                   | Bajo |   | Medio |   | Alto |   |   |
|---|-------------------|------|---|-------|---|------|---|---|
|   | 1                 | 2    | 3 | 4     | 5 | 6    | 7 | 8 |
| 9 |                   |      |   |       |   |      |   |   |
|   |                   |      |   |       |   |      |   |   |
|   | Explicación:----- |      |   |       |   |      |   |   |
|   | -----             |      |   |       |   |      |   |   |
|   | -----             |      |   |       |   |      |   |   |

14.- Observaciones:

|       |       |
|-------|-------|
| ----- | ----- |
| ----- | ----- |
| ----- | ----- |

## ANEXO #4.1

CUESTIONARIO PARA LA ENTREVISTA  
A PERSONAL DE CONDUCCION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Nº de Entrevista: \_\_\_\_\_. Fecha: \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_.

Lugar: \_\_\_\_\_.

**Datos Personales:**

- 1- Nombre: \_\_\_\_\_  
    \_.
- 2- Profesión/Oficio \_\_\_\_\_  
    \_.
- 3- Cargo/Responsabilidad \_\_\_\_\_  
    \_.
- 4- Desde cuando está en el actual cargo o responsabilidad:  
    \_\_\_\_\_  
    \_\_\_\_\_

**Políticas de Participación Social:**

- 5- Qué entiende (n) usted (es) sobre lo que es la participación de la comunidad en la salud?  
    \_\_\_\_\_  
    \_\_\_\_\_  
    \_\_\_\_\_
- 6- ¿Existe alguna política oficial (explícita o implícita) sobre la movilización social o participación de la comunidad en relación con la salud?  
    Si, es negativo, pasar a la pregunta 10.

7- ¿Qué conoce, ha leído o escuchado sobre esta política?

---

---

---

3- En su opinión ¿la política de participación ha tenido algún impacto en la población?

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si es afirmativo, de un ejemplo:

---

---

---

Si es negativo, porque?:

---

---

---

7- ¿Cuales son los principales obstáculos que limitan o hacen difícil la aplicación de la política de participación?

---

---

---

¿Cómo se podría superar éstos obstáculos?

---

---

---

Caracterización de los actores sociales presentes localmente

- 10- Enumere las agrupaciones/organizaciones, que están activas en este lugar.

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_  
7. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_  
9. \_\_\_\_\_ 10. \_\_\_\_\_

- 11- ¿Cuáles tienen mayor representatividad o prestigio entre la población? (por orden de representatividad)

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

- 12- ¿Cuáles prestan habitualmente apoyo a los servicios de salud?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 13- ¿Cuáles están dispuestas a prestar apoyo a los servicios de salud?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Instancias y mecanismos de funcionamiento de la participación social.

- 14- ¿Ha nivel de los servicios de salud se han hecho cambios organizativos?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es afirmativo, Describa estos cambios organizativos del servicio (estructura, funciones, objetivos, etc.)

---

---

---

- 15- A ese mismo nivel, se han formado comités o consejos para la promoción y el apoyo a la participación social en salud?.

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es afirmativo, Cuales?:

---

---

---

Si es negativo, porque?:

---

---

---

- 16- ¿Se han suscrito acuerdos o convenios entre los servicios locales de salud y alguna(s) de las agrupaciones u organizaciones arriba señaladas?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es afirmativo, Cuales?:

---

---

---

Si es negativo, porque?:

---

---

---

Según su propia experiencia:

- 17- ¿Cuáles son las "quejas" más frecuentes del público con respecto a los servicios?

---

---

---

¿A través de que mecanismos realiza la población estos reclamos?

---

---

---

- 18- ¿Cual es su opinión sobre los servicios que prestan los agentes de salud de la comunidad?

---

---

---



- 19- ¿Considera usted que estos agentes tradicionales deberían apoyar en alguna manera a los servicios de salud oficiales?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es afirmativo, De que forma?, bajo que condiciones?:

---

---

---

Si es negativo, porque?:

---

---

---

- 20- ¿Recibe información la comunidad sobre los servicios de salud y sus programas?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es afirmativo, Como?

---

---

---

Si es negativo, porque?

---

---

---

- 21- ¿Existe alguna manera o mecanismo para que la gente se involucre en la atención de su salud o en acciones y programas de salud?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si en afirmativo, Cual (es)?

---

---

---

Si es negativo, porque?

---

---

---

- 22- Se conoce la opinión de los representantes de la comunidad o a los usuarios, sobre su satisfacción o insatisfacción con los servicios y sus programas?.

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si en afirmativo, Como?

---

---

---

Si es negativo, porque?

---

---

---

Areas de participación social en salud y su impacto

23- ¿Han participado los representantes de la comunidad y de las organizaciones de nivel local, conjuntamente con el personal de salud en:

- La programación de actividades? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Ejemplo: \_\_\_\_\_

- La ejecución de acciones? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Ejemplo: \_\_\_\_\_

- La evaluación de servicios y programas? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Ejemplo: \_\_\_\_\_

- La administración de servicios? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Ejemplo: \_\_\_\_\_

24- Que efecto o impacto tiene la participación de la comunidad en:

La organización de los servicios:

---



---



---

Las prioridades de atención y en los programas:

---



---



---

La comunidad en general:

---



---



---

El nivel de salud de la población:

---



---



---

GRACIAS POR SU COLABORACION

1

## ANEXO 4.2

### CUESTIONARIO PARA LA ENTREVISTA A REPRESENTANTES O MIEMBROS DE ONGs

#### DATOS GENERALES.

No de la Entrevista: \_\_\_\_\_. Fecha \_\_\_\_\_. Hora \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Institución/organización \_\_\_\_\_

#### DATOS PERSONALES.

1. Nombre: \_\_\_\_\_

—

2. Profesión/Oficio \_\_\_\_\_

—

3. Cargo/Responsabilidad \_\_\_\_\_

—

4. Desde cuando está en el actual cargo/responsabilidad:

\_\_\_\_\_

#### Políticas de Participación Social

5. Que entiende(n) usted(es) sobre lo que es la participación de la comunidad en salud?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Existe alguna política oficial (implícita o explícita) sobre la movilización social o participación de la comunidad en relación a la salud?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es negativo pase la pregunta No 10.

Si es positivo:

7. Que conoce(n), ha leído, ha escuchado sobre esta política?

---

---

---

8. En su opinión, la política de participación ha tenido algún impacto en la población?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

De un ejemplo:

---

---

---

Si es negativo, por que?:

---

---

---

9. Cuales son los principales obstáculos que limitan o hacen difícil la aplicación de la política de participación? como se podrían superar?

---

---

---

Como se podrían superar éstos obstáculos?

---

---

---

### Caracterización de los actores sociales

10. Enumere(n) las agrupaciones u organizaciones que están activas en esta localidad?

---

---

---

11. Cuáles tienen mayor representatividad o prestigio entre la población (de mayor a menor)?

|          |          |
|----------|----------|
| a. _____ | b. _____ |
| c. _____ | d. _____ |
| e. _____ | f. _____ |

12. Cuáles prestan habitualmente apoyo a los servicios de salud?

|       |       |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

13. Cuáles están dispuestas a prestar apoyo a los servicios de salud?

|       |       |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

### Instancias y mecanismos de la participación social

14. Se han suscrito acuerdos o convenios entre los servicios locales de salud y alguna(s) de las agrupaciones u organizaciones arriba señaladas?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es afirmativo, cuales?

---

---

---

Si es negativo, porque?

---

---

---

15. Existen "quejas" del público con respecto a los servicios oficiales?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es negativo pasar a la pregunta #16

Si es afirmativo, a través de qué mecanismo realiza la población estos reclamos?

---

---

---

16. Cual es su opinión sobre los servicios que prestan los agentes de salud de la comunidad?

---

---

---

17. Considera(n) usted(s) que estos agentes tradicionales deberían apoyar en alguna manera a los servicios desalud oficiales?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_



Si es afirmativo:

De que forma?, bajo que condiciones?

---

---

---

Si es negativo, porque?

---

---

---

18. La gente de la comunidad recibe información periódica sobre los servicios de salud y sus programas?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es afirmativo, de que forma?

---

---

---

Si es negativo, porque?

---

---

---

19. Se ha consultado alguna vez con la comunidad sobre sus necesidades y problemas de salud que afectan a la población, y sobre sus prioridades?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es afirmativo, de que forma?

---

---

---

Si es negativo, porque?

---

---

---

20. Participa la gente en alguna forma en la atención de su salud, o en las acciones y programas de salud?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es afirmativo, Explique la forma:

---

---

---

Si es negativo, porque?

---

---

---

21. Se ha consultado a los representantes de la comunidad y/o a los usuarios de los servicios, sobre su opinión o sobre su satisfacción o insatisfacción con los servicios de salud?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es afirmativo, de que forma?

---

---

---

Si es negativo, porque?

---

---

---

Areas de participación social y su impacto

22. Han participado los representantes de la comunidad y de las organizaciones de nivel local conjuntamente con el personal de salud en:

La programación de actividades? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Ejemplo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La ejecución de acciones? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Ejemplo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La evaluación de servicios? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Ejemplo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La administración del servicio? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Ejemplo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

23. Que efecto o impacto tiene la participación de la comunidad en:

La organización de los servicios:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Las prioridades de atención y en los programas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La comunidad en general:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El nivel de salud de la población:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

GRACIAS POR SU COLABORACION

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

## ANEXO #4.3

CUESTIONARIO PARA LA ENTREVISTA  
A ACTORES SOCIALES PRESENTES LOCALMENTE

Nº de Entrevista: \_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Datos Personales:

1- Nombre: \_\_\_\_\_

2- Profesión/Oficio \_\_\_\_\_

3- Cargo/Responsabilidad \_\_\_\_\_

4- Desde cuando está en el actual cargo o responsabilidad:

Políticas de Participación Social:

5- Qué entiende (n) usted (es) sobre lo que es la participación de la comunidad en la salud?

6- ¿Existe alguna política oficial (explícita o implícita) sobre la movilización social o participación de la comunidad en relación con la salud?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Sí, es negativo, pase a la pregunta 10.

Si es afirmativo:

7- ¿Qué conoce (n). ha leído o escuchado sobre esta política?

---



---



---

8- En su opinión ¿la política de participación ha tenido algún impacto en la población?

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si es afirmativo, de un ejemplo:

---



---



---

Si es negativo, porque?:

---



---



---

9- ¿Cuales son las principales obstáculos que limitan o hacen difícil la aplicación de la política de participación?

---



---



---

¿Cómo se podría superar éstos obstáculos?

---



---



---

Caracterización de los actores sociales

- 10- Enumere (n) las agrupaciones u organizaciones, que están activas en esta localidad.

|       |       |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

- 11- ¿Cuáles tienen mayor representatividad o prestigio entre la población? (de mayor a menor)

|          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |

- 12- ¿Cuáles prestan habitualmente apoyo a los servicios de salud?

|       |       |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

- 13- ¿Cuáles están dispuestas a prestar apoyo a los servicios de salud?

|       |       |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Instancias y mecanismos de funcionamiento de la participación social.

- 14- ¿Se han suscrito acuerdos o convenios entre los servicios locales de salud y alguna(s) de las agrupaciones u organizaciones arriba señaladas?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es afirmativo, Cuales?

---



---



---

Si es negativo, porque?

---



---



---

- 15- ¿Cuáles son las "quejas" más frecuentes del público con respecto a los servicios?

---



---



---

¿A través de que mecanismos realiza la población estos reclamos?

---



---



---

- 16- ¿Cual es su opinión sobre los servicios que prestan los agentes de salud de la comunidad?

---



---



---

- 17- ¿Considera (n) usted (es) que estos agentes tradicionales deberían apoyar en alguna manera a los servicios de salud oficiales?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es negativo, ¿por qué?



Sí, es afirmativo:

¿De qué forma? ¿Bajo qué condiciones?

---

---

---

Si es negativo, porque?:

---

---

---

- 18- ¿La gente de la comunidad recibe o no recibe información periódica sobre los servicios de salud y sus programas?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es afirmativo, Como?

---

---

---

Si es negativo, porque?

---

---

---

- 19- ¿Se ha consultado alguna vez con la comunidad sobre sus necesidades y problemas de salud que afectan a la población, y sobre sus prioridades?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es afirmativo, Como?

---

---

---

Si es negativo, porque?

---

---

---

20- ¿Participa la gente en alguna forma en la atención de su salud, o en las acciones y programas de salud?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es afirmativo, Como?

---

---

---

Si es negativo, porque?

---

---

---

21- ¿Se ha consultado a los representantes de la comunidad y/o a los usuarios de los servicios, sobre su opinión o sobre su satisfacción o insatisfacción con los servicios y sus programas?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si en afirmativo, Como?

---



---



---

Si es negativo, porque?

---



---



---

### Areas de participación social y su impacto

22- ¿Han participado los representantes de la comunidad y de las organizaciones de nivel local, conjuntamente con el personal de salud en:

- la programación de actividades?      Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Ejemplo: \_\_\_\_\_

- la ejecución de acciones?      Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Ejemplo: \_\_\_\_\_

- la evaluación de servicios y programas?      Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Ejemplo: \_\_\_\_\_

- la administración de servicios?      Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Ejemplo: \_\_\_\_\_

23- Que efecto o impacto tiene la participación de la comunidad en:

La organización de los servicios:

---



---



---

Las prioridades de atención y en los programas:

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |

La comunidad en general:

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |

El nivel de salud de la población:

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |

GRACIAS POR SU COLABORACION

Comentarios del entrevistador:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or printed text on the paper.

ANEXO No 5.

MATRICES PARA EL ANALISIS DE  
LA INFORMACION

Características socio-culturales de la población.

Actividades productivas:

Cultivo de: maíz, frijoles, ajonjolí, ganado y otros  
para la sobrevivencia.

Composición socio-cultural: campesinos, agricultores en  
pequeño, jornaleros, maestros populares, promotores de  
salud. En tres comunidades se encontró estudiantes  
universitarios y en otra de ellas, miembros del END del  
FMLN.

Características de los servicios

| C E T E G O R I A             | SERV.<br>OFICIAL | SERV.<br>NO OFICIAL |
|-------------------------------|------------------|---------------------|
| <u>Tipo de consulta</u>       |                  |                     |
| * Externa                     | X                | X                   |
| * Internado                   | -                | X                   |
| * Cl. Cólera                  | X                | X                   |
| <u>Horarios</u>               |                  |                     |
| * 7 días/sem.                 | -                | X                   |
| * 5 días/sem.                 | X                | -                   |
| * 8 horas/día                 | X                | -                   |
| * 24 horas/día                | -                | X                   |
| <u>Tipo de personal</u>       |                  |                     |
| * médico permanente           | X                | X                   |
| * médico c/15 días            | -                | X                   |
| * Enf. graduada               | -                | X                   |
| * Enf. auxiliar               | X                | -                   |
| * Promotor de salud           | -                | X                   |
| * Admón. y serv. de<br>apoyo. | X                | -                   |

Políticas de participación social del sistema de salud

| CATEGORIA  | SERVICIO DE<br>SALUD OFICIAL | SERV. DE SALUD<br>NO - OFICIAL. |
|--|------------------------------|---------------------------------|
| <u>Definición de la Participación</u>                                |                              |                                 |
| * Acertada   | 25 %                         | 10 %                            |
| * Utilitarista   | 75 %                         | 90 %                            |
| * <u>Conocimiento de políticas oficiales de participación social</u> |                              |                                 |
| Afirmativa   | 100 %                        | 60 %                            |
| Negativa   | 0%                           | 40%                             |
| <u>Impacto de esas políticas</u>                                     |                              |                                 |
| * Ejecución de acciones  | 80%                          | 50%                             |
| * Cuestionamiento al personal  | 10%                          |                                 |
| * En los SILOS   | 5%                           |                                 |
| * En los proyectos   | 5%                           |                                 |
| * No tienen impacto  |                              | 25%                             |
| * No contestaron   |                              | 25%                             |
| <u>Obstáculos</u>  |                              |                                 |
| * Cultura popular  | 15%                          |                                 |
| * No homogeneidad de los sectores                                    | 30%                          |                                 |
| * Crisis económica   | 15%                          |                                 |
| * Falta de recursos  | 40%                          |                                 |
| * Exclusión política popular   | 5%                           | 100%                            |
| <u>Superación de obstáculos</u>                                      |                              |                                 |
| * Inclusión política popular   | 5%                           | 100%                            |

### Actores sociales relevantes

| CATEGORIA                                      | SERVICIO DE<br>SALUD OFICIAL | SERV. SALUD<br>NO-OFFICIAL |
|--|------------------------------|----------------------------|
| <u>Actores relevantes</u>                      |                              |                            |
| * De mayor a menor.<br>(Nivel conducción)      |                              |                            |
| Educación                                      |                              |                            |
| FF AA  |                              |                            |
| Alcaldía                                       |                              |                            |
| Gobernación                                    |                              |                            |
| Iglesia Católica                               |                              |                            |
| Diputados                                      |                              |                            |
| ONGs   | 33%                          |                            |
| (Nivel intermedio y local)                     |                              |                            |
| Educación                                      |                              |                            |
| Alcaldía                                       |                              |                            |
| Gobernación                                    |                              |                            |
| Teléfonos (ANTEL)                              |                              |                            |
| Agua (ANDA)                                    |                              |                            |
| Iglesia Católica                               |                              |                            |
| Boy Scouts                                     | 66%                          |                            |
| (Comunidad)                                    |                              |                            |
| Educación                                      |                              |                            |
| Comunicación social                            |                              |                            |
| J. Directiva                                   |                              |                            |
| Mujeres  |                              |                            |
| Desarrollo urbanístico                         |                              |                            |
| Producción                                     |                              |                            |
| Jóvenes  |                              |                            |
| Pastoral (I. Católica)                         |                              | 100%                       |
| <u>Intersectorialidad</u>                      |                              |                            |
| Presencia de todos para<br>ejecutar            | 100%                         | 30%                        |
| Todos coordinan para dar<br>apoyo a la clínica | 0%                           | 70%                        |



# INSTANCIAS DE PARTICIPACION SOCIAL. MECANISMOS DE FUNCIONAMIENTO

| CATEGORIA   | 1er. NIVEL<br>DE CONDCC. | 2o. NIVEL<br>DE CONDCC. | NIVEL<br>LOCAL |
|---|--------------------------|-------------------------|----------------|
| <u>Cambios intramuros</u>   |                          |                         |                |
| * Cambios organizativos   |                          |                         | X              |
| Otra respuesta  | X                        | X                       |                |
| * Formación de Comités/<br>Consejos. (Únicamente<br>donde se instalan los<br>SILOS          | X                        | X                       | X              |
| * Acuerdos: Servicios/<br>Agrup. sectoriales.   | X                        |                         | X              |
| Otra espuesta.  |                          | X                       |                |
| <u>Mecanismos de los<br/>usuarios para incidir en<br/>el servicio</u>                       |                          |                         |                |
| * Abandono de Programas   | X                        | X                       | X              |
| * Disgusto en pasillos  |                          | X                       |                |
| * Al médico o enfermera<br>le reclama   | X                        | X                       | X              |
| * Charlas grupales  |                          | X                       | X              |
| * Visitas domiciliarias   | X                        | X                       | X              |
| <u>Aceptacion al apoyo en<br/>los servicios de los<br/>agentes de salud<br/>comunitaria</u> |                          |                         |                |
| * Si  | 40%                      | 5%                      | 55%            |
| * No  | 60%                      | 95%                     | 45%            |

### NIVELES DE PARTICIPACION SOCIAL

(Observación directa de reunión intersectorial)

| CATEGORIA                                       | GRADO<br>BAJO |   |   | GRADO<br>MEDIO |   |   | GRADO<br>ALTO |   |   |
|---|---------------|---|---|----------------|---|---|---------------|---|---|
|   | 1             | 2 | 3 | 4              | 5 | 6 | 7             | 8 | 9 |
| Intersectorialidad                              |               |   |   |                |   |   |               |   | X |
| Mecanismos de participacion<br>sectorial        |               |   |   |                |   |   |               | X |   |
| Grado de desarrollo<br>organizativo             |               |   |   |                |   |   |               |   | X |
| Polarización política                           |               |   |   | X              |   |   |               |   |   |
| Nivel de participación<br>general               |               |   |   |                |   |   | X             |   |   |
| Resultados generales                            |               |   |   |                |   |   |               | X |   |
| Impacto intervención<br>representante comunidad |               |   |   |                |   |   |               | X |   |
| Capacidad convocatoria<br>MSPAS.                |               |   |   |                |   | X |               |   |   |

### PRINCIPALES AREAS DE PARTICIPACION SOCIAL

| CATEGORIA                              | 1er. NIVEL<br>CONDUCC. | JEFE DE<br>SILOS | LOCAL | COMUNI<br>DAD |
|--|------------------------|------------------|-------|---------------|
| * Programación<br>actividades          | 75%                    | 0%               | 60%   | 0%            |
| * Ejecución<br>acciones                | 25%                    | 100%             | 40%   | 100%          |
| * Admon. servicios                     | 0%                     | 0%               | 0%    | 0%            |
| * Impacto de la PS<br>en los servicios | 60%                    | 100%             | 80%   | 100%          |
| * Impacto de la Ps<br>en la comunidad  | 40%                    | 0%               | 20%   | 100%          |



